

Année 1903

THÈSE

N° 38

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 25 Novembre 1903, à 1 heure

Par PIERRE CAZEAUX

Né à Paris, le 15 avril 1876

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX ET DE LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE

(Médaille de bronze de l'Assistance publique)

ÉTUDES ANATOMIQUES

DES

MODIFICATIONS DE L'UTÉRUS

AU COURS

DES GROSSESSES ECTOPIQUES

Président : M. PINARD, Professeur.

Juges : MM. KIRMISSON, Professeur.

LEGUEU,
WALLICH,

} *Agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1903

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	DEBOVE.
Professeurs	MM.	
Anatomie.....		POIRIER.
Physiologie.....		Ch. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		{ BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....		BERGER.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....		DEJERINE.
		CHANTEMESSE
Clinique médicale.....		{ LANDOUZY.
		{ HAYEM.
		{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....		DEBOVE.
Clinique des maladies syphilitiques.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..		GAUCHER.
Clinique des maladies nerveuses.....		JOFFROY.
		RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....		{ DUPLAY.
		{ LE DENTU.
		{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....		TERRIER.
Clinique des voies urinaires.....		DE LAPPERSONNE.
Clinique d'accouchements.....		GUYON.
Clinique gynécologique.....		{ PINARD.
Clinique chirurgicale infantile.....		{ BUDIN.
		{ POZZI.
		KIRMISSON.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAURE.	LEPAGE.	THIERY.
AUVRAY.	GILLES DE LA TOURETTE.	MARION.	THIROLOIX.
BEZANCON.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BONNAIRE.	GOUGET.	MERY.	VAQUEZ.
BROCA (Aug.).	GUIART.	POTOCKI.	WALLICH.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	REMY.	WALTHER.
CHASSEVANT.	JEANSELMÉ.	RENON.	WIDAL.
CUNEO.	LANGLOIS.	RICHAUD.	WURTZ.
DEMELIN.	LAUNOIS.	RIEFFEL, <i>Chef des</i>	
DESGREZ.	LEGRY.	<i>travaux anatomiques.</i>	
DUPRE.	LEGUEU.	TEISSIER.	

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISSEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

le Docteur Pierre CAZEAUX

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur PINARD

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

INTRODUCTION

« Un des caractères les plus importants de la grossesse extra-utérine au point de vue anatomique et clinique est fourni par les modifications subies par l'utérus pendant que se développe en dehors de lui l'œuf ectopique. Ces modifications sont connues depuis longtemps ; nous n'en voulons pour preuve que ces phrases de Levret (1) réclamant la priorité de leur constatation :
« Quoique l'enfant ne soit pas alors dans la matrice, cet
« organe augmente de volume à peu près de la moitié
« de celui qu'il acquerrait si l'enfant y était enfermé, ce
« qui prouve incontestablement que la matrice n'est pas
« entièrement passive pendant tout le temps de la grossesse, comme on l'a toujours cru à présent. C'est une
« découverte qui m'est propre et dont je fais part depuis
« longtemps, pièces convaincantes en main, à toutes les
« personnes qui m'honorent de leur présence lorsque je
« professe dans mes cours d'accouchement ».

Depuis Levret, l'étude des modifications subies par l'utérus au cours des grossesses ectopiques a été faite avec grand soin par nombre d'auteurs. Si nous avons cru

(1) LEVRET. *Remarques sur l'opération césarienne*, 1753.

devoir reprendre cette question, c'est dans le but d'en préciser certains points encore mal connus ou discutés.

Nous avons eu à notre disposition huit pièces anatomiques disposées au musée de la clinique Baudelocque.

Ce travail comprendra deux parties. Dans la première nous étudierons les modifications de siège, de consistance et de volume des utérus soumis à notre examen en comparant leurs dimensions à celles, considérées comme classiques, d'utérus normaux de nullipares et de multipares.

Dans la seconde partie nous ferons l'examen de la muqueuse utérine. Pour ce faire il nous a paru rationnel de diviser notre sujet en trois chapitres ; nous étudierons successivement la muqueuse dans le cas de grossesses ectopiques en évolution ; dans un deuxième chapitre nous l'examinerons dans les cas d'hématosalpinx d'origine gravidique ; enfin, dans un dernier chapitre, nous ferons l'étude de la caduque après son expulsion.

Il ne nous a pas été possible de faire l'examen du muscle utérin. Les pièces, que nous avons à notre disposition, ayant été conservées dans des liquides différents et depuis plus ou moins longtemps, les fibres musculaires ne se prêtaient pas à un examen qui n'aurait eu de valeur, selon nous, que fait sur des utérus frais, fixés dans le même liquide, préparés avec une technique toujours la même pour une série de pièces.

Mais avant d'aborder l'étude de notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser aux Maîtres qui nous ont soutenu et dirigé dans le cours de nos études médicales l'expression de notre bien vive et respectueuse gratitude.

M. le Dr Henri Leroux fut le premier qui voulut bien nous accueillir dans son service à l'hôpital Saint-Joseph. C'est sous le contrôle de son diagnostic si sûr que nous avons examiné nos premiers malades et dans ses conseils et ses enseignements nous sentions l'intérêt affectueux de l'ami autant que la science du maître ; nous lui demeurons profondément reconnaissant et osons lui demander de bien vouloir continuer à son jeune confrère l'appui bienveillant qu'il a prodigué avec tant de bonté à son élève.

Que M. le Dr Routier dont nous avons été le stagiaire, que MM. les Drs Chevalier, Marion et Fernand Vidal dont nous avons été l'externe, reçoivent ici tous nos remerciements pour les bonnes années que nous avons passées dans leurs services. Nous serons toujours heureux de pouvoir nous dire leur élève respectueux et reconnaissant.

Par deux fois M. le Professeur Pinard nous a réservé une place dans son beau service de la Clinique Baudelocque. L'intérêt qu'a daigné nous témoigner M. le Professeur Pinard, nous savons que nous le devons moins à nous-même qu'à la mémoire de notre grand-père, mais nous n'en n'avons été que plus touché de la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli.

M. le Professeur Pinard nous fait encore aujourd'hui le grand honneur de présider notre thèse ; c'est pour nous un nouveau motif d'attachement à l'égard du Maître dont nous serons toujours fier d'avoir été et de rester l'élève reconnaissant et dévoué.

Que M. le Dr Couvelaire, chef de laboratoire à la clinique Baudelocque, qui a mis avec tant d'obligeance à

notre disposition son temps et les précieux documents qu'il possède sur les grossesses ectopiques, veuille bien recevoir tous nos remerciements pour les conseils qu'il n'a cessé de nous donner.

PREMIÈRE PARTIE

ÉTUDE MACROSCOPIQUE DE L'UTÉRUS AU COURS DES GROSSESSES ECTOPIQUES.

Les modifications macroscopiques imprimées à l'utérus par l'existence d'une grossesse ectopique peuvent se diviser en trois paragraphes bien distincts. Nous allons étudier successivement les changements que subit cet organe dans sa situation, sa consistance et surtout son volume.

§ 1^{er}. — **Modification de la situation de l'utérus.**

Tout d'abord, la situation qu'occupe l'utérus peut varier à l'infini. Tantôt cet organe peut ne pas être déplacé. Par le toucher, on sent le col utérin, sur les caractères duquel nous insisterons tout à l'heure, au centre même de l'excavation. C'est un fait rare, mais qui a été constaté et dont M. le Professeur Pinard (1) cite un exemple.

Le plus souvent, l'utérus est repoussé en avant contre la face postérieure de la symphyse pubienne, plaqué derrière elle, immobile et difficilement accessible par le toucher, car le col est dans ce cas très souvent haut

(1) PINARD. *Semaine médicale*, 10 janvier 1894.

situé. De plus, cet utérus antéposé est déjeté vers la droite ou vers la gauche, entraînant plus ou moins la vessie avec lui. Dans cette situation, l'utérus sera, en général, assez facilement perçu par le palper. Il se présente alors sous la forme d'une petite tumeur un peu plus grosse qu'un utérus normal, petite tumeur le plus souvent peu mobile, séparée du kyste fœtal par un sillon plus ou moins perceptible et présentant des alternatives de mollesse et de durcissement qu'il est bon d'avoir constatées pour pouvoir affirmer que c'est bien l'utérus que l'on a sous la main. Dans ces cas aussi, par le toucher et le palper combinés, on pourra imprimer à l'utérus de petits mouvements qui démontreront que le col affecte des rapports de continuité avec la tumeur sentie par la main abdominale.

Quelquefois le col est, au contraire, repoussé en arrière, à peine accessible par le toucher. Dans ces cas, le palper ne sera d'aucun secours, car le corps utérin est tout entier masqué par le kyste fœtal. Il faudrait alors, pour apprécier les dimensions et la direction de l'utérus, avoir recours à l'hystérométrie, comme nous le dirons plus loin. Dans un cas de ce genre, M. le Professeur Pinard (1) a trouvé le col tout à fait en arrière et si élevé qu'il atteignait l'angle sacro-vertébral.

Presque toujours donc, l'utérus, quelque position qu'il occupe par rapport au centre de l'excavation, est tiré en haut, et son col est très difficilement accessible. Dans un cas, cependant, Landau, cité par Martin (2), a vu un

(1) PINARD. *Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine* (Obs. II).

(2) A. MARTIN. *Die Krankheiten der Eileiter*, Leipzig, 1893.

utérus tellement pressé et repoussé par le kyste fœtal, que le col utérin était visible à la vulve. Il est des cas également où l'utérus déplacé ne conserve plus sa direction normale ; il peut être antéfléchi ou rétrofléchi, antéversé ou rétroversé, quelquefois couché transversalement, occupant toutes les directions les plus variées et les plus difficiles à déterminer. Les plus grandes différences peuvent être constatées, suivant l'âge de la grossesse, son siège, l'état de vie ou de mort de l'œuf extra-utérin. Enfin les malformations utérines, congénitales ou des déformations produites par la présence d'un fibrome, comme dans notre observation II, viennent encore modifier la topographie pelvienne de l'utérus.

On conçoit donc de quelles difficultés peut être, dans certains cas, la délimitation précise de l'utérus, surtout dans les cas de kystes fœtaux, avec rétention du fœtus mort. Il se fait alors, en général, une série d'adhérences qui masquent l'utérus et l'enclavent ; de plus, M. le Professeur Pinard a montré qu'un mois après la mort du fœtus, l'utérus avait subi une involution qui pouvait le rendre encore plus difficilement appréciable au palper.

La recherche et la délimitation exacte de l'utérus sont cependant indispensables, et sans elles le diagnostic ne peut pas être affirmé. Aussi, il est un procédé sur l'utilité duquel M. Tarnier insistait beaucoup pour faciliter le diagnostic et le rendre certain, c'est le cathétérisme utérin. M. le Professeur Pinard n'a pas hésité non plus à employer ce moyen dans certains cas difficiles et même à faire le cathétérisme utérin digital. M. Pinard, à ce sujet, s'exprime ainsi (1) : « C'est dans ces cas difficiles

(1) PINARD. Article : Grossesse extra-utérine du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, p. 212 ; et *Semaine médicale*, 10 janvier 1894.

qu'il faut employer un autre procédé : je veux parler du cathétérisme utérin et surtout du cathétérisme utérin digital. Il est bien certain, en effet, que si vous avez constaté, d'une part, la présence d'un fœtus mort ou vivant et, d'autre part, avec le doigt, la vacuité de l'utérus, le diagnostic s'impose. C'est assez vous dire que vous devez toujours, avant toute intervention, avoir recours à ce moyen, et c'est ainsi que vous m'avez toujours vu procéder. En principe, cela n'est pas discutable. En clinique, malheureusement, l'application de ce procédé est souvent difficile et parfois impossible. Le déplacement de l'utérus peut être assez accusé pour que le col soit, même pendant l'anesthésie, aussi inaccessible aux doigts qu'aux divers instruments rigides ou flexibles ».

Ce cathétérisme utérin dont parle M. Pinard est, en effet, un moyen certain d'arriver au diagnostic, « mais il est bien évident, ajoute M. Pinard, que ce cathétérisme digital devra être fait avec la plus grande prudence, pendant le sommeil chloroformique, si cela est nécessaire, car nous reconnaissons, avec Fraenckél que, dans les cas de probabilité de grossesse extra-utérine, on ne saurait explorer l'utérus avec trop de délicatesse ». Souvent, en effet, des accidents furent produits qui causèrent la rupture et l'inondation péritonéale et, comme exemple de ce que nous avançons, nous renvoyons le lecteur à la thèse de M. le Dr Couvelaire (1) (Obs. IV). Dans cette observation est relatée l'histoire d'une femme qui, immédiatement après l'introduction d'une tige de laminaire, fut prise de phénomènes graves

(1) COUVELAIRE. *Etudes anatomiques sur les grossesses tubaires*, Paris, 1901, G. Steinheil.

liés à la rupture d'une trompe gravide et qui ne dut sa guérison qu'à la prompt intervention- qui fut aussitôt pratiquée.

Si donc ce cathétérisme utérin doit être employé, il ne devra l'être, pensons-nous, qu'au moment même de l'opération, comme le dit M. le Professeur Pinard, pour donner plus de certitude au diagnostic qui aura dû être fait par les commémoratifs, le palper et le toucher. Dans les cas où cette exploration ne sera pas absolument nécessaire, il faudra, nous semble-t-il, être très réservé dans son emploi et s'abstenir si la moindre difficulté se présentait par suite d'une situation trop inaccessible du col utérin ou d'une coudure anormale du canal cervical.

On voit, par ce rapide exposé, combien la délimitation de ces utérus est chose parfois difficile mais indispensable cependant pour éviter de faire une erreur de diagnostic et apprécier la situation d'abord, la consistance et le volume de ces utérus ensuite.

§ II. — **Modifications de la consistance de l'utérus.**

La consistance de l'utérus est aussi très modifiée.

Le col tout d'abord est très différent du col utérin normal. Dans tous les cas de fœtus vivant il est ramolli. Mais ce ramollissement n'est pas celui d'un col d'utérus gravide. « Il n'est jamais aussi complet, aussi profond que dans la grossesse utérine » (Pinard). Mais il existe et M. Pinard insiste depuis longtemps sur ce fait. Tout récemment, à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie (8 juin 1903) il est encore revenu sur ce sujet et voici en quels termes il formule son opinion :

« Dans presque toutes les observations de grossesse
« ectopique, on lit : col petit, dur, non ramolli. Ces mots
« consacrent une erreur ; chaque fois qu'il y a grossesse,
« qu'elle soit utérine ou extra-utérine, le col est ramolli ;
« mais ce ramollissement diminue lorsque l'œuf cesse de
« se développer. On est parfois appelé à diagnostiquer
« la grossesse ectopique lorsque le fœtus est mort depuis
« un certain temps. Dans ces cas, en effet, le col est dur
« et n'est plus ramolli. La femme n'est plus en état de
« grossesse puisque le fœtus a cessé de se développer.
« Elle porte un kyste fœtal. Si, au contraire, le fœtus est
« vivant dans la grossesse extra-utérine, comme dans la
« grossesse utérine le col est ramolli. Le fait est si vrai
« que dans certaines grossesses extra-utérines menées à
« terme, le ramollissement du col peut être tel qu'il a pu
« faire hésiter des accoucheurs expérimentés sur l'exis-
« tence réelle de la grossesse extra-utérine ».

Enfin, le plus souvent un bouchon muqueux gélatineux obstrue le canal cervical.

Le corps utérin participe aussi au ramollissement observé sur le col. Il est mou, pâteux, difficile à délimiter lorsqu'on n'a pas la chance de le sentir se contracter sous la main. Cette mollesse est surtout accusée lorsque l'enfant extra-utérin est vivant. Après la mort de l'enfant, à peu près un mois après, dit M. le Professeur Pinard, l'utérus subit une involution. A ce moment l'utérus prend une consistance plus ferme et l'hypertrophie dont nous allons parler tout à l'heure régresse.

A. Martin (1) compare la consistance de ces utérus à

(1) A. MARTIN. *Loc. cit.*

celle de l'utérus gravide ; Webster (1), au contraire, ne leur trouve pas les mêmes caractères. Cet auteur fait jouer à l'exploration de la paroi postérieure de l'utérus par le toucher rectal un rôle important pour le diagnostic entre l'utérus gravide et l'utérus simplement hypertrophié. Dans les cas de grossesses ectopiques, pour lui, le doigt rectal ne sent pas l'amincissement de la paroi utérine postérieure au-dessus du col, signe, dit-il, qui est pathognomonique de la grossesse utérine.

§ III. — **Hypertrophie de l'utérus.**

Il est une dernière modification de l'utérus sur laquelle nous allons nous arrêter plus longuement. Nous voulons parler de l'hypertrophie de cet organe qui est constante. C'est, d'après Webster, Bœmer en 1752 qui, le premier, signala cette hypertrophie de l'organe. Mais nous avons vu que Levret en 1753 réclamait la priorité de cette constatation qu'il avait faite et qu'il avait signalée depuis longtemps à ses auditeurs. Plus tard, 1773, W. Hunter fit la même remarque et depuis lui, l'attention des observateurs étant attirée sur ce point, quelques mensurations exactes d'utérus furent prises qui démontrèrent que dans tous les cas il existait une augmentation de volume plus ou moins considérable de l'utérus, sans toutefois que cette hypertrophie puisse être soumise à des règles bien précises.

Certains auteurs ont fait jouer un rôle à la *situation de la grossesse ectopique* dans le retentissement plus ou

(2) WEBSTER. *Ectopic pregnancy.*

moins considérable sur l'utérus. C'est ainsi que Bandl, Kustner, Hecker ont dit que l'accroissement de l'utérus était plus manifeste dans les cas de grossesses interstitielles. Ce fait est exact, mais cependant dans un cas de grossesse tubaire pure au 8^e mois, Frankel (1) a constaté une hauteur utérine de 20 centimètres.

Wyder (2) également, s'appuyant sur deux cas de grossesses extra-utérines qu'il a constatés chez deux multipares de même âge, 35 ans, ayant eu l'une 5 accouchements, l'autre 7, et ayant mesuré dans le premier cas 80 millimètres de hauteur utérine et dans le second 115 millimètres, fait remarquer que chez la femme qui a l'utérus le plus développé, la grossesse était juxta-utérine tandis que chez l'autre elle était à 65 millimètres de l'utérus. Se basant sur l'examen de ces deux faits, Wyder conclut en affirmant que cette différence d'hypertrophie ne peut être due qu'à la différence du siège de la grossesse ectopique. Il nous semble que cette différence de volume de ces deux utérus peut s'expliquer aussi par ce fait que chez la femme qui avait l'utérus le plus volumineux, la grossesse était plus jeune et la caduque encore en place tandis que dans l'utérus le moins hypertrophié (80 millimètres au lieu de 115), Wyder n'a pu retrouver la caduque qui, selon lui, avait été expulsée et que, de plus, la grossesse était plus avancée en âge.

D'après nos observations et celles que nous avons recueillies dans la littérature, il nous a paru aussi que le siège de la grossesse avait une influence sur la réaction plus ou moins considérable subie par l'utérus ; mais il

(1) FRANKEL. *Arch. f. Gynækologie*, Bd. 14.

(2) WYDER. *Arch. f. Gynækologie*, 1886, Bd. 28.

nous paraît que ce facteur seul ne peut pas être invoqué. L'âge de la grossesse a aussi un retentissement certain sur l'utérus. A. Martin (1) croit à cet égard que plus la grossesse est jeune, plus les modifications utérines sont accusées, que plus elle est avancée en âge, moins on constate, au contraire, de modifications au point de vue tant du volume de l'utérus, que des réactions présentées par la muqueuse.

Il nous semble qu'il y a lieu de tenir compte de l'âge de la grossesse, mais pas dans le sens que malgré la définition de M. Pinard on continue à donner à ce mot. Si on voit l'utérus diminuer de volume et les modifications de la muqueuse se réparer, c'est après la mort de l'enfant ou du fœtus, alors qu'il n'y a plus de grossesse, mais rétention d'œuf mort.

Il est aussi une autre condition que nous n'avons vu signalée par aucun auteur et qui nous a paru prédisposer l'utérus à s'hypertrophier davantage, au cours de la grossesse extra-utérine ; c'est la *Multiparité*. En effet, en consultant le tableau malheureusement trop court que nous avons pu constituer avec nos observations, on verra, en tenant compte bien entendu des dimensions déjà plus grandes de l'utérus normal chez les multipares, que chez ces dernières l'impulsion hypertrophique, si nous pouvons nous exprimer ainsi, a été plus loin, s'est manifestée davantage et a permis tant au palper et à l'hystérométrie pendant la vie, qu'aux mensurations à l'autopsie de se rendre compte du volume plus considérable proportionnellement de ces utérus.

(1) A. MARTIN. *Die Krankheiten der Eileiter*. Leipzig, 1895.

Ainsi dans nos observations II, IV, V et VI où nous avons à considérer des utérus de multipares, l'augmentation de la hauteur utérine a été d'au moins 30 à 35 millimètres, alors qu'elle n'a pas excédé 21 à 25 millimètres dans nos observations I et III concernant des primipares.

De même, dans les observations de Wyder (1), de Léopold (2), de Chiari (3) et d'Abel (4), les hauteurs utérines constatées par ces auteurs ont été de 115, 120, 120 et 105 millimètres, ces observations concernant des multipares.

Lorsqu'on parcourt les dimensions d'utérus relevés par les auteurs, on est frappé de ce qu'ils se contentaient de donner, la plupart du temps, la hauteur utérine seule. Cette omission tient, pensons-nous, à ce que Webster (5) n'a attiré l'attention dans son traité de la grossesse extra-utérine, que sur cette seule dimension. Pour cet auteur, et pour Franckel (6) surtout, l'utérus ne subirait de modification que dans sa hauteur seulement, c'est à peine si les diamètres transverse et antéro-postérieur seraient modifiés.

Il nous a paru, au contraire, que dans nos observations, tous les diamètres de l'utérus subissaient une augmentation. La hauteur utérine est en effet plus appréciable, car c'est le diamètre le plus grand, mais l'hypertrophie dans le sens transversal et dans le sens antéro-postérieur,

(1) WYDER. *Arch. f. Gynækologie*, Bd. 28.

(2) LÉOPOLD. *Arch. f. Gynækologie*, Bd. 10

(3) CHIARI. *Zeitschrift f. Heilkunde*, 1887, Bd. 8.

(4) ABEL. *Arch. f. Gynækologie*, 1891.

(5) WEBSTER. *Ectopic pregnancy*.

(6) FRANCKEL. *Ueber die Diagnostik der Extrauterinschang. in der ersten Monaten*.

est réelle et si elle paraît moins, elle nous a paru cependant très certaine.

Aussi dans notre observation I, nous voyons que chez cette primipare, la hauteur utérine est de 85 millimètres, alors que la hauteur moyenne chez les multipares est de 60 millimètres, d'après M. Rieffel. La largeur inter-tubaire est de 31 millimètres, alors que la dimension moyenne en est, d'après le même auteur, de 40 millimètres ; l'épaisseur est de 31 millimètres, alors que chez les multipares elle est en moyenne de 20 millimètres. Voilà donc nos deux diamètres qui ont augmenté respectivement de 10 et de 11 millimètres chacun. Cet accroissement est moindre que celui de la hauteur utérine : mais il faut bien se représenter qu'un accroissement de 10 millimètres sur une longueur normale de 3 à 4 centimètres est à peu près semblable à une augmentation de 25 millimètres sur une longueur normale de 60 millimètres.

De même, dans notre observation II, qui concerne une multipare, nous trouvons une hauteur utérine de 105 millimètres, alors que la normale serait de 70 millimètres ; ce qui nous donne une augmentation de 35 millimètres. La largeur maxima est de 65 millimètres et l'épaisseur de 42 ; nous avons encore ici une augmentation de 20 millimètres, pour la largeur et de 12 millimètres pour l'épaisseur, augmentation qui nous paraît comparable à celle trouvée pour la hauteur.

En comparant (1) ainsi les autres chiffres relevés dans nos observations III, IV, V et VI, il sera facile de

(1) Voir tableau récapitulatif.

constater que l'hypertrophie de l'utérus s'est manifestée sur tous les diamètres de l'organe et qu'elle est, à peu de chose près, proportionnelle à la longueur normale du diamètre considéré.

Nous croyons donc pouvoir conclure, et malheureusement nos observations ne sont pas assez nombreuses pour pouvoir être affirmatif, en disant qu'il est probable que l'hypertrophie de l'utérus, contrairement à l'avis de Frankel, se manifeste sur tous les diamètres de l'organe. Nous admettons, toutefois, que l'hypertrophie en hauteur est plus facilement appréciable et frappe d'avantage, car elle se produit sur une dimension déjà plus grande normalement que les autres.

Il était également intéressant de prendre les dimensions du corps et du col utérin séparément, pour tâcher de délimiter la part que ces deux parties de l'utérus prenaient à l'hypertrophie.

Nous avons pris ces mensurations sur l'utérus après section sur la ligne médiane.

En comparant les dimensions trouvées respectivement pour le corps et pour le col, il apparaît assez clairement, chez les primipares, que l'hypertrophie se fait au dépens du corps utérin et que le col n'augmente pas sensiblement de volume, au moins sur les pièces que nous avons étudiées. Pour les multipares, en faisant abstraction de la dimension du col, dans notre observation II, dimension considérable causée par la présence d'un petit fibrome, il nous semble que le col, lui aussi, prend une part active à l'augmentation de l'utérus. Le corps utérin, à première vue, semblerait l'emporter sur le col ; mais si nous considérons le rapport qui existe entre les dimensions du

corps et du col utérins normaux, nous voyons que ce rapport est à peine modifié. En effet, un corps utérin qui mesure 41 millimètres et un corps qui n'en mesure que 22 normalement restent à peu près dans le même rapport lorsque le corps atteint 60 millimètres et le col 30 millimètres, comme dans notre observation IV.

Nous avons réuni dans le tableau récapitulatif suivant les différentes mensurations prises sur nos utérus ; il sera donc plus facile de s'y reporter et de comparer entre elles les différentes dimensions que nous avons trouvées. Ces mensurations ont toutes été prises sur l'utérus débarrassé des organes qui l'environnent, tel qu'il se présente sur la table d'autopsie ; elles sont donc aussi exactes que possible. Nous aurions voulu les comparer à celles trouvées dans la littérature, mais celles-ci sont bien rares, et les auteurs, malheureusement, n'indiquent pas comment ils les ont prises. Nous risquions donc de comparer des dimensions qui n'avaient rien de commun entre elles, mieux valait, nous a-t-il semblé, ne pas encourir ce reproche.

TABLEAU RECAPITULATIF

	PARITÉ	HAUTEUR TOTALE	LARGEUR MAXIMA	ÉPAISSEUR	CAVITÉ		PAROIS (2)		HYSTÉROMÉTRIE	SIÈGE	ÂGE	OBSERVATIONS
					CORPS	COL	CORPS	COL				
RUEFFEL (4)	Multipare	60	40	20	25	25	10-15	8-10	55			
"	Multipare	70	45	30	44	22	20	15	65			
Observation I..	I pare.	85	51	31	38	30	"	"	68	isthmique	92 jours.	En évolution.
— II..	V pare.	105	65	42	30	45	20-23	10-14	90	ampellaire	66 jours.	En évolution. Petit fibrome.
— III..	I pare.	81	62	31	45	32	"	"	77	ampellaire	14 cent.	Fœtus mort depuis peu.
— IV..	V pare.	113	88	38	60	34	16-20	11-16	94	tubaire	55 gr.	Fœtus mort depuis 3 sem.
— V..	VI pare.	105	60	40	50	40	20	15	90	tubaire	34 cent.	Fœtus mort et macéré.
— VI..	IV pare.	100	54	40	43	42	20	14	85	tubaire		Hématosalpynx à 48 ^{me} del'ut.

(4) RUEFFEL. In *Traité anatomie humaine*, de P. POIRIER, tome V.

(2) Lorsqu'il y a 2 chiffres, le premier représente l'épaisseur de la paroi antérieure, le second celle de la paroi postérieure.

(3) Nous avons compris dans la longueur du col la portion isthmique (5 millimètres) qu'il aurait été très difficile de délimiter exactement.

DEUXIÈME PARTIE

ÉTUDE MICROSCOPIQUE DE LA CADUQUE UTÉRINE

Parmi les modifications de l'utérus au cours des grossesses ectopiques, les plus intéressantes sont sans contredit celles qui se produisent au niveau de la muqueuse.

La cause de ces modifications est à peu près inconnue, cependant on peut admettre avec M. le Professeur Pozzi qu'elles « sont de nature mixte et dues à la fois à des phénomènes trophiques d'ordre réflexe ou sympathique analogues, à ceux qui se produisent simultanément dans les mamelles et aussi à l'augmentation générale de la circulation pelvienne (1) ».

Cette seconde partie de notre étude comprend trois chapitres répondant, nous a-t-il semblé, à des modifications de la muqueuse nettement différentes les unes des autres. Dans chacun de ces chapitres nous résumerons rapidement l'histoire de la malade dont on retrouvera l'observation détaillée aux pièces justificatives, puis nous exposerons l'examen histologique de chaque cas en le comparant ensuite à ceux déjà publiés de cas analogues.

(1) Pozzi. *Traité de gynécologie clinique et opératoire*. Paris, 1890, p. 847.

CHAPITRE PREMIER

Muqueuse de l'utérus au cours des grossesses ectopiques en évolution (Obs. I et II).

Voici le résumé de deux observations qui ont trait à la muqueuse utérine dans des grossesses en évolution, dont nous donnons plus loin l'examen histologique.

Il s'agit dans notre 1^{re} observation d'une femme primipare de 30 ans, passementière, n'ayant pas de passé gynécologique. Réglée à 12 ans 1/2. Cette femme, réglée régulièrement ne vit pas ses règles au mois de janvier 1898. Les mois de janvier et février se passent sans incident, seules quelques nausées apparaissent, auxquelles la malade n'attache pas d'importance. Le 16 mars, sans douleur, métrorrhagie abondante qui se calme et ne laisse subsister que des pertes sanguines légères. Le 6 avril, 92 jours après la fin des dernières règles, douleur déchirante dans le flanc droit, bientôt généralisée à tout l'abdomen. Tendance aux syncopes mais ne perd pas complètement connaissance. Apportée à l'Hôtel-Dieu, elle meurt 20 heures après le début des accidents.

Autopsie : Hémorrhagie intra-péritonéale par rupture d'une grossesse isthmique gauche juxta-utérine (V obs. I).

Dans notre seconde observation il s'agit encore d'une grossesse ectopique en évolution concernant une femme de 45 ans, multipare. Cette femme qui a eu 4 accouchements, était ordinairement bien réglée. Les dernières règles datent du 1^{er} novembre ; 3 semaines après, métrorrhagie, repos au lit, mais comme elle continue à souffrir du ventre, elle vient à l'hôpital le 6 janvier. A son entrée elle ne perd plus, le toucher fait constater un utérus gros, mobile, pas douloureux. Le diagnostic n'est pas fait, car la malade étant très forte, le palper bi-manuel ne donne pas de renseignements. On se réserve de l'examiner le lendemain. Mais bientôt elle se sent mal à l'aise ; elle déjeune cependant, mais elle est bientôt prise de dyspnée. La respiration est rapide (40 par minute) le cœur bat à 130. Elle se plaint d'une violente douleur dans la région lombaire.

Injections hypodermiques d'éther, de caféine. A 4 heures du soir elle a une syncope et meurt.

Autopsie : Hémorrhagie intra-péritonéale par rupture d'une grossesse tubaire ampullaire droite. Fœtus de 3 cent. 5.

Nous avons donc eu à faire l'examen histologique de deux utérus avec caduque en place appartenant à des grossesses ectopiques en évolution, l'une 92, l'autre 66 jours après les dernières règles.

L'examen histologique de la première observation a porté sur la partie moyenne du corps utérin, coupé verticalement suivant le sens antéro-postérieur (alcool, celloïdine, hématoxyline, éosine):

Au faible grossissement (fig. 1), la muqueuse présente une épaisseur considérable par rapport à une muqueuse utérine normale. Sa surface libre a une limite nette, extrêmement ondulée. Dans son épaisseur, on remarque des vaisseaux sanguins nombreux et très dilatés au point

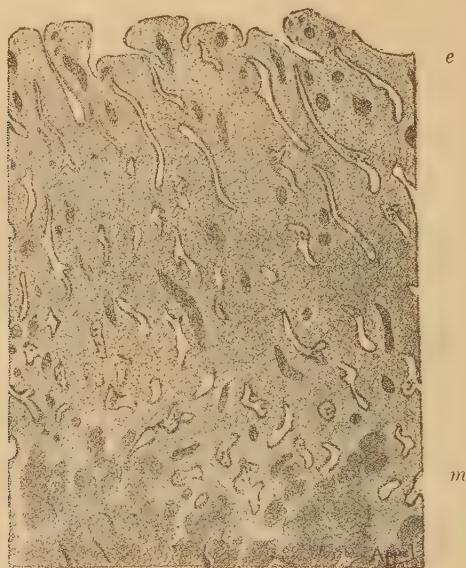


Fig. 1. — Obs. I : Faible grossissement. — *e*, épithélium en partie conservé ; *m*, limite de la musculuse.

Remarquer l'aspect tomenteux de la surface de la mûqueuse, son épaisseur considérable (1).

de présenter une surface de section presque béante. Entre les surfaces de section des vaisseaux, se montrent des suffusions sanguines abondantes. Par endroits, on remarque des tubes glandulaires, coupés en différents sens et présentant des dimensions exagérées.

(1) Ces dessins ont été faits par mon ami Appel, qui a bien voulu me prêter le concours de son talent.

Au fort grossissement (fig. 2), la coupe présente dans



Fig. 2. — Obs I : Fort grossissement. — *e*, épithélium cubique en partie conservé; *m*, limite de la musculuse; *h*, zone des hémorragies diffuses. Remarquer le développement considérable des tubes glandulaires, les nombreux capillaires gorgés de sang, la délimitation possible en trois couches.

son épaisseur 3 couches dont une centrale, paraît plus foncée.

Par endroits, sans délimitation précise, on y trouve des suffusions sanguines et de nombreuses sections de vaisseaux distendus et gorgés de globules sanguins. Ces vaisseaux sont des capillaires délimités par une simple enveloppe endothéliale.

L'épithélium superficiel de la muqueuse est un épithélium cubique simple dont les éléments manquent par places.

Les glandes présentent un développement considérable. Ce sont des glandes en tubes dont l'épithélium est modifié. Cet épithélium est cubique, se colore mal, et les noyaux apparaissent souvent mal colorés.

Dans la profondeur, l'épithélium glandulaire est desquamé par places et tombe dans la lumière glandulaire.

La stroma, comme nous le disions tout à l'heure, présente une différence de densité assez marquée. On y distingue trois couches, dont la moyenne est plus dense que les couches superficielles et profondes.

Le maximum des modifications cellulaires siège dans la couche superficielle. Elle est, en effet, très œdématiée et les éléments cellulaires conjonctifs y sont dissociés. Ils sont volumineux, trois ou quatre fois plus gros que dans la coupe représentée fig. 4, obs. II.

Ces cellules conjonctives ont un aspect un peu trouble. Elles sont fusiformes, polyédriques, de forme arrondie. Le protoplasma y est abondant, présente de nombreuses granulations et les noyaux volumineux fixent assez bien, en général, le colorant nucléaire.

A la limite de la muqueuse et de la musculuse, mais plus près de cette dernière, on distingue des vaisseaux

sanguins nombreux qui, outre leur endothélium, présentent une couche musculaire lisse, mince, qui permet de les considérer comme de petites artérioles.

Dans notre observation II, qui se rapporte aussi à une grossesse en évolution et dont nous rapportons l'histoire tout à l'heure, les modifications de la muqueuse ne sont pas les mêmes.

Au faible grossissement (fig. 3), on voit que la muqueuse

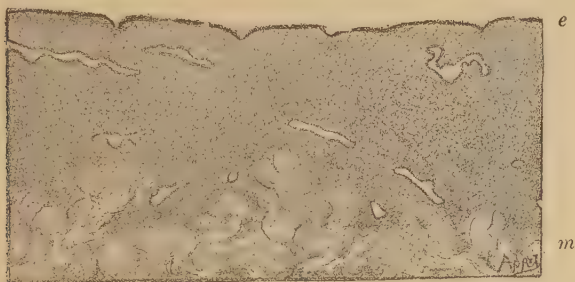


Fig. 3. — OBS. II : Faible grossissement. — *e*, épithélium bien conservé ; *m*, musculuse.

Remarquer l'épaisseur moindre de la muqueuse.

est beaucoup moins épaisse que dans l'utérus de notre observation I. Dans cette muqueuse, il est impossible de délimiter 3 couches. Deux couches seulement se distinguent bien l'une de l'autre, la couche supérieure étant beaucoup plus claire comme stroma, tandis qu'elle est beaucoup plus foncée dans la couche sous-jacente. Le stroma est très abondant et on n'aperçoit dans la coupe que très peu de tubes glandulaires.

Au fort grossissement (fig. 4), on remarque encore la différence assez marquée du stroma, plus clair à la superficie, plus foncé au contraire au centre.

L'épithélium superficiel est bien conservé, il est cubique et ne manque qu'en de rares endroits. Il mesure $19\ \mu$ de hauteur.

Les tubes glandulaires sont rares et comme écrasés par le stroma abondant qui les enserre. Ils sont tapissés

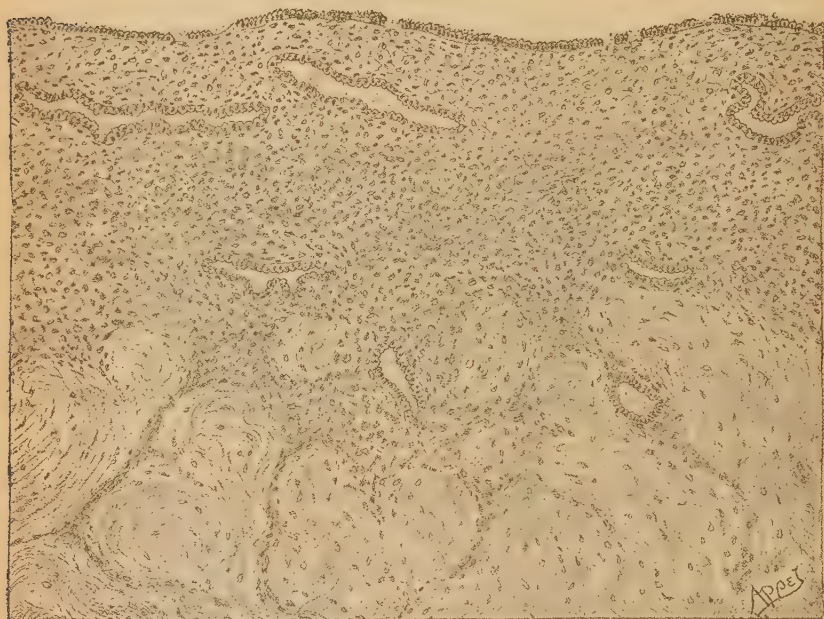


Fig. 4. — Obs. II : Fort grossissement. — *e*, épithélium bien conservé ; *m*, musculuse. Remarquer la densité du stroma, la rareté des tubes glandulaires peu dilatés, l'aspect tout différent de la figure 2.

par un bel épithélium cubique, qui n'est pas desquamé ; cet épithélium cubique mesure de 20 à $26\ \mu$ de hauteur.

Le stroma est très abondant, il est formé de cellules qui ne sont pas très tassées les unes sur les autres. Elles ont des noyaux arrondis ou fusiformes qui sont distants les uns des autres plus que dans la muqueuse ordinaire.

Ces noyaux mesurent de 8 à 16 μ pour les arrondis et, au contraire, ils atteignent 20 μ lorsqu'ils sont fusiformes.

En comparant ces deux examens et les deux figures qui s'y rapportent, il est facile de voir quelle différence profonde existe entre nos deux muqueuses.

Tout d'abord, l'épaisseur diffère de beaucoup ; dans notre premier cas, elle est de deux à trois fois plus épaisse que dans le second.

Histologiquement, la différence est aussi accusée ; tandis que dans notre observation I, les trois couches, compacte, ampullaire et glandulaire, de Conrad et Langhans (1) peuvent être à la rigueur délimitées, dans notre observation II, cette délimitation est absolument impossible à quelque endroit qu'on examine la coupe.

La vascularisation des deux muqueuses est aussi très différente ; dans notre première observation, les capillaires béants et les hémorrhagies interstitielles criblent la coupe, tandis que dans notre deuxième cas, les vaisseaux sanguins sont peu apparents.

Les glandes abondent dans notre première coupe et sont très dilatées, tandis que dans les secondes on n'aperçoit que quelques rares tubes glandulaires étouffés par le stroma qui est très dense.

Ce même stroma, très dense dans l'observation II, est lâche et cedématié dans notre observation I.

A quoi tiennent de pareilles différences de structure dans ces deux muqueuses en place ayant toutes deux rapport à des grossesses en évolution. Faut-il invoquer

(1) CONRAD et LANGHANS, *Arch. f. Gynækologie*, 1876, Bd. 9, p. 337.

le siège de la grossesse qui, étant juxta-utérine dans notre première observation, est ampullaire dans la seconde ? Faut-il faire intervenir la différence d'âge de ces deux grossesses, l'une, la première, plus jeune que la seconde ? Voici autant de questions auxquelles il ne nous est pas possible de répondre, étant donné les deux seuls cas que nous ayons examinés.

L'examen de notre première observation rappelle assez celui de Dobbert (1). Dans l'observation de la femme qu'il a étudiée, nous notons aussi que la grossesse tubaire était juxta-utérine, comme chez la nôtre : c'était également une primipare. On voit que notre observation, sauf l'âge, était à peu près semblable à la sienne.

Dobbert signale l'aspect tomenteux de la muqueuse et la division en 3 couches, compacte, ampullaire et glandulaire. La transformation déciduale est très nette dans la couche superficielle, les cellules sont ovales, fusiformes, polygonales et, comme dans notre coupe, se colorent mal.

Dans la couche moyenne de Dobbert (ampullaire de Langhans) les espaces glandulaires sont dilatés, remplis de cellules cubiques desquamées. Cette couche se colore mal, les noyaux, dit Dobbert, sont comme gonflés. L'épithélium des glandes est, à certains endroits, bien conservé, comme dans notre coupe.

La couche profonde se colore mieux, le tissu conjonctif y est à peine modifié, les glandes sont peu dilatées et ont un épithélium normal. De plus, les vaisseaux abondent dans toutes les couches.

(1) DOBBERT. *Virchow's Archiv*, 1892, Bd. 127, p. 137, pièce 1.

Voici donc un examen histologique de Dobbert qui se rapporte assez exactement à l'examen de notre premier cas.

Dans le deuxième cas de Dobbert (1), il s'agit d'une grossesse ectopique siégeant à 9 cent. 5 de l'utérus, dans le tiers externe de la trompe. Cette grossesse était âgée de 2 mois 1/2 à 3 mois. Ici, comme dans la coupe de notre deuxième observation, la différenciation en trois couches est impossible, deux couches seules se distinguent assez nettement, une superficielle, l'autre profonde. Pour la couche profonde, Dobbert ne donne pas d'examen, disant que la structure est la même que dans la couche profonde de sa pièce n° 1. Dans la couche superficielle, il a trouvé de nombreux conduits glandulaires, mais pas dilatés. Il note également de nombreuses cellules fusiformes dans le stroma et ne signale pas d'autres formes cellulaires. Ces cellules, pour lui, sont petites, et nulle part il n'a rencontré les belles cellules déciduales qu'il a trouvées dans sa pièce n° 1. Cet examen de Dobbert nous semble encore assez comparable à la coupe de notre deuxième observation.

Abel (2), également, chez une primipare morte d'hémorragie ayant un retard de 4 semaines dans ses règles jusque là régulières, trouve à l'examen histologique de la muqueuse des modifications semblables à celles que nous avons constatées dans notre première observation. La grossesse était juxta-utérine comme chez notre malade. Abel fait remarquer tout d'abord que ce n'est pas la structure classique que Friedlander, Kundret et

(1) DOBBERT. *Loc. cit.*, pièce II.

(2) ABEL. *Arch. f. Gynæcologie*, 1871.

Engelmann ont décrite. Cependant, ajoute-t-il, il y a réellement réaction déciduale. L'épithélium glandulaire n'est plus cylindrique, il s'aplatit. Ces cellules déciduales n'ont plus le volume qu'elles atteignent à la fin de la grossesse dans une caduque normale. elles sont plus petites, polymorphes et sans ordre.

Dans ce cas également, Abel constate la présence des 3 couches de Langhans avec la couche moyenne caractérisée par des glandes énormes dont l'épithélium, modifié, est détaché et git dans les cavités glandulaires.

Il ne parle pas des vaisseaux sur cette caduque en place.

Enfin Conrad et Langhans (1), chez une primipare morte d'hémorragie, dans la trompe droite de laquelle, à 1 centimètre de l'utérus, ils ont trouvé un œuf de 1 mois 1/4, ont examiné la muqueuse utérine. Il compare l'état de la muqueuse de cet utérus à la muqueuse utérine de la 14^e semaine d'une grossesse normale. Ils n'ont trouvé de grosses cellules du stroma que dans la couche superficielle et au milieu d'elles de petites cellules composées de peu de protoplasma, mais ayant un gros noyau.

Ils décrivent la morphologie d'une glande faisant remarquer que l'épithélium glandulaire se modifie, que la glande est très dilatée et ils insistent surtout sur les vaisseaux, qui sont, disent-ils, très nombreux (comme dans notre première coupe), qui sont très dilatés et qui ressemblent par leur structure à des capillaires.

De cette rapide comparaison entre les différents exa-

(1) CONRAD et LANGHANS. *Arch. f. Gynækol.*, 1876, Bd. 9, p. 377.

mens microscopiques que nous avons retrouvés dans la littérature (1) et les examens de nos deux cas il nous semble, en nous appuyant sur les examens de Dobbert dans sa pièce n° 1, de Wyder, d'Abel et de Conrad et Langhans que si dans leurs examens ces auteurs ont trouvé des modifications si accusées de la muqueuse, il faut en rapporter la cause à l'âge de la grossesse (grossesses en général jeunes) et surtout au siège de cette grossesse. En effet, on voit que dans tous les cas où ces auteurs ont pu retrouver la division en trois couches de Conrad et Langhans, et dans notre cas personnel (Obs. I) la grossesse était sinon juxta-utérine, du moins extrêmement rapprochée de l'utérus.

Au contraire, dans notre deuxième observation et dans la pièce II de Dobbert où ces modifications sont moins accusées, où il est impossible de délimiter 3 couches, la grossesse siégeait assez loin de l'utérus.

Elle était en effet ampullaire dans notre observation et siégeait à 9 cent. 5 de l'utérus dans le cas de Dobbert.

Il nous semble donc que l'on peut conclure :

Dans toute grossesse extra-utérine il se fait une réaction de la muqueuse utérine qui se transforme profondément pendant l'évolution de l'œuf vivant.

Cette réaction est variable.

Il paraît, quant à présent, que cette réaction est d'au-

(1) Etant donné le point de vue auquel nous nous sommes placés dans cette étude, nous n'avons pu utiliser les observations qui ont servi de base au très intéressant travail que M. Pilliet a publié dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* (Octobre 1895) sous le titre : « Etudes histologiques des modifications de l'utérus dans les grossesses tubaires.

tant plus accusée que la grossesse siège plus près de l'utérus.

L'intense congestion de la muqueuse utérine hypertrophiée et les hémorrhagies interstitielles permettent de comprendre l'existence de suintements sanguins d'origine utérine. Elles expliquent aussi pourquoi le doigt explorateur a ramené du sang dans les observations où le cathétérisme utérin digital a été pratiqué.

CHAPITRE II

Muqueuse utérine dans les cas d'hématosalpynx d'origine gravidique (Obs. VI).

Dans ce deuxième chapitre nous allons étudier la muqueuse utérine dans un cas d'hématosalpynx d'origine gravidique.

Il s'agit d'une femme âgée de 38 ans, multipare, ayant déjà eu 4 grossesses. Elle était toujours bien et régulièrement réglée.

Les règles manquent au mois de décembre 1897. Cette femme se croit enceinte.

Le 28 janvier 1898 elle a une métrorrhagie qui dure 2 jours.

Le 17 février nouvelle métrorrhagie qui dure 8 jours et est accompagnée de vives douleurs dans le bas-ventre. Utérus gros au palper et au toucher combinés, col entr'ouvert, ventre très sensible à la palpation, cependant délimitation d'une tumeur dans la fosse iliaque droite.

Le 20 mars, à la suite d'une frayeur, douleurs vives, état syncopal. Etat grave pendant 36 heures. Elle est vue par M. Tuffier qui intervient : Hystérectomie vaginale. Les pièces dont on trouvera la description détaillée aux pièces justificatives (Obs. VI) se composent de l'utérus, de la trompe et de l'œuf adhérent à la trompe.

L'examen histologique a porté sur la partie moyenne du corps utérin coupé verticalement sur la ligne médiane (alcool, celloïdine, hématoxyline, éosine).

Au faible grossissement (fig. 5), la muqueuse dans son ensemble, apparaît plus épaisse qu'une muqueuse normale, moins épaisse que dans notre figure 1, mais plus que dans

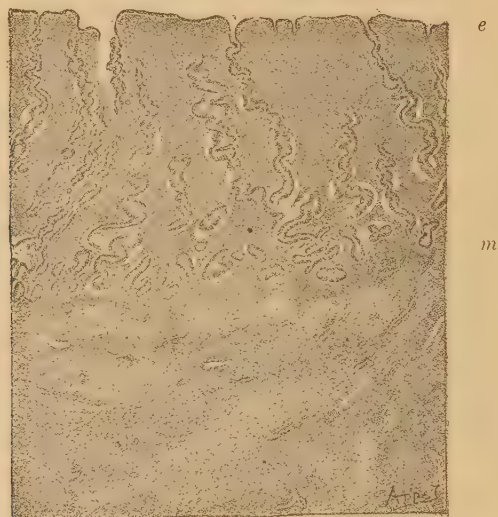


Fig. 5. — Obs. VI : Faible grossissement. — *e*, épithélium haut, bien conservé ; *m* musculuse.

notre figure 3, appartenant à des grossesses en évolution. Le stroma est très serré, se colorant bien. Dans ce stroma, apparaissent en grand nombre les cavités allongées et flexueuses de tubes glandulaires.

Au fort grossissement (fig. 6), le stroma nous apparaît composé de petites cellules isolées les unes des autres, beaucoup plus petites que les cellules de nos coupes précédentes, se colorant bien. Ces cellules qui la com-

posent sont irrégulières, à noyaux fortement colorés et avec un protoplasma granuleux.

Ce qui frappe surtout, c'est le développement considérable des glandes qui sillonnent la coupe. Ces tubes



Fig. 6. — OBS. VI : Fort grossissement. — *e*, épithélium très haut et bien conservé ; *m*, musculuse.

Remarquer l'épaisseur plus considérable que dans la figure 4, le stroma peu augmenté, les glandes tire-bouchonnées, l'épithélium des glandes très élevé, le noyau en bâtonnet siégeant dans la moitié profonde des cellules.

glandulaires sont contournés en tire-bouchons. Leur paroi est revêtue d'un bel épithélium cylindrique qui les recouvre partout et n'est pas desquamé. Cet épithélium est composé de belles cellules cylindriques ; leur noyau est situé dans la partie profonde de la cellule et

en occupe la moitié, ces noyaux ont la forme allongée en bâtonnets.

Cet épithélium cylindrique se continue par les tubes glandulaires avec celui qui revêt la muqueuse utérine.

En somme, nous voyons que cette coupe représente assez exactement ce que les auteurs décrivent sous le nom d'endométrite chronique glandulaire et interstitielle mais surtout glandulaire.

En effet, si nous nous reportons à ce que dit M. Delbet (1) sur l'examen histologique des métrites, il nous semble que notre examen se rapproche singulièrement de celui que cet auteur fait des endométrites glandulaires et interstitielles. Nous disons que cette endométrite que nous avons constaté, est surtout glandulaire ; les modifications que présentent les tubes glandulaires sont en effet l'élément dominant de notre coupe. Le stroma ne nous a pas paru diminué. Les glandes sont hypertrophiées, flexueuses, tire-bouchonnées, mais il ne nous est guère possible de dire si elles sont augmentées en nombre.

Elles sont, en effet, très flexueuses et des diverticules latéraux sont plusieurs fois intéressés par la coupe. Dans ces conditions, il ne nous paraît pas possible d'affirmer qu'il y ait hyperplasie glandulaire au sens propre du mot, ce ne serait qu'une hypertrophie considérable donnant l'illusion de l'hyperplasie.

L'épithélium cylindrique des glandes dans les endométrites chroniques est peu modifié, il est rangé régulièrement en une seule assise. C'est un épithélium à

(1) DELBET. In *Traité de Chirurgie*. DUPLAY et RECLUS, t. VIII, p. 95 et s.

belles cellules très hautes, plus que normalement, dont le noyau allongé en bâtonnets, occupe la partie profonde de la cellule.

Malheureusement l'unique cas que nous avons été appelé à examiner, ne nous permet pas d'émettre un avis dans une question aussi peu étudiée. Qu'il nous soit permis seulement de dire que dans ce cas d'hématosalpynx d'origine gravidique, la muqueuse utérine malade présentait toutes les lésions d'une endométrite chronique glandulaire et interstitielle avec prédominance des modifications glandulaires.

CHAPITRE III

Caduques expulsées.

Parmi les signes qui permettent de faire le diagnostic d'une grossesse ectopique, il en est un sur lequel les auteurs ont particulièrement insisté, c'est l'expulsion d'une membrane épaisse accompagnée d'une perte plus ou moins abondante de sang. Cette expulsion, qui est douloureuse, a pu en imposer quelquefois pour un avortement. Elle est assez fréquente, a lieu à une époque quelconque de la grossesse soit au début, soit au contraire vers la fin au moment dit du faux travail, et peut même quelquefois faire défaut comme le montrent des observations de M. le professeur Pinard (1).

L'expulsion de cette caduque se fait de façon variable ; quelquefois cette membrane est expulsée en entier, et reproduit le moule de la cavité utérine agrandie, on comprend donc que pour un observateur peu attentif cette expulsion puisse éveiller l'idée d'un avortement et que ce moule de la cavité utérine représente assez bien pour lui un œuf jeune dont l'embryon est passé inaperçu au milieu des caillots. Dans d'autres cas, cette membrane n'est expulsée que par lambeaux plus ou moins grands, il faut alors les rechercher avec soin pour les découvrir

(1) PINARD. *Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine*. Paris, 1872 (Obs. III).

au milieu des caillots et du sang noir que perd la malade.

L'expulsion de cette caduque se fait, comme nous l'avons dit, à un âge quelconque de la grossesse ectopique. Si on a pu dire qu'elle se faisait plus souvent dans les premiers mois, comme le montre la double observation que nous rapportons plus loin (obs. VII), c'est que l'immense majorité des grossesses ectopiques n'évolue pas au delà des premiers mois.

Il est démontré que l'expulsion de la caduque n'implique pas la mort de l'œuf. Les observations de M. Pinard le prouvent avec évidence, mais nous considérons comme possible la coïncidence de cette expulsion et de perturbations plus ou moins accusées du côté de l'œuf (un décollement ou une hémorrhagie plus ou moins étendue par exemple).

Étudions rapidement le mécanisme de l'expulsion de cette membrane. Quand une caduque est expulsée, dit Dobbert, c'est la couche compacte que l'on trouve à l'examen histologique, à peu près semblable à la couche compacte que l'on trouve représentée fig. 2, se rapportant à une caduque en place (Obs. I). Sur des coupes d'utérus après expulsion de caduque, c'est la couche glandulaire qui reste. La déchirure se fait donc au dépens de la couche ampullaire de Conrad et Langhans, et l'on verra à la face profonde (utérine) de notre caduque expulsée (fig. 9) des restes de glandes et quelques vaisseaux dont la présence se trouve expliquée par la comparaison avec la couche moyenne de notre caduque en place (fig. 2).

Pour qu'il y ait expulsion, pense Dobbert (1), dans l'étude très complète de plusieurs cas de caduques expulsées au cours de la grossesse ectopique, il faut : 1° que la transformation déciduale de la couche supérieure (compacta de Conrad et Langhans) et du tissu inter-glandulaire soit assez avancée pour que cette couche soit moins cohérente ; 2° il faut que la transformation des glandes dans la couche moyenne (ampullaire de Conrad et Langhans) soit assez prononcée pour qu'une séparation de la couche superficielle soit possible sans grand effort. Si les deux processus ne vont pas ensemble, c'est-à-dire si le ramollissement de la couche ampullaire l'emporte, la membrane expulsée renfermera encore des restes de tubes glandulaires qui n'auront pas encore été envahis par le tissu décidual ; au contraire, si ce ramollissement n'est pas assez avancé il n'y aura pas séparation de la couche superficielle, donc pas d'expulsion de caduque, ou si cette expulsion se fait elle ne sera pas complète, se fera par petits lambeaux et aura toutes chances de n'être pas constatée.

Nous avons eu la bonne fortune de pouvoir examiner deux caduques expulsées par la même malade, dont l'observation fut présentée le 5 octobre 1900 à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, par M. Varnier (2) et dont l'examen histologique fut fait par M. le Dr Couvelaire.

Nous allons résumer cette double observation ; on la trouvera *in extenso*, p. 83, obs. VII (V. pièces justificatives).

Il s'agit d'une femme de 27 ans ayant eu deux accou-

(1) DOBBERT. *Virchow's Archiv*, 1892, Bd. 127, p. 397 et s.

(2) H. VARNIER. *Société d'obstétrique, de gynécologie et pédiatrie*, octobre 1900.

chéments ; le premier en 1893, enfant mort et macéré à 6 mois, le second en avril 1894 ; fille vivante à terme.

Règles toujours régulières et normales. En mai 1899 une fausse couche ? Règles douloureuses surtout à droite mais rien d'appréciable à l'examen.



Fig. 7. — Obs. VII : 1^{re} muqueuse expulsée en totalité.

Le 21 septembre 1899, M. Varnier est appelé et fait le diagnostic de grossesse tubaire droite en état de rupture. Règles, 7-13 août, première crise douloureuse le 1^{er} septembre et crise syncopale le 14 septembre, 32 jours après les dernières règles.

Le 24 septembre la malade perd du raisiné.

Le 25, expulsion d'une caduque utérine (fig. 7).

Le 3 octobre, opération par M. Hartmann, après consultation avec M. le Professeur Pinard. Suites opératoires parfaites.

Retour des règles le 20 novembre ; depuis, santé parfaite, règles normales et régulières.

En mars 1900, du 29 au 4 avril, règles normales.

Le 25 avril les règles manquent.

Le 5 mai, 31 jours après la fin des dernières règles, à minuit, douleurs violentes dans la fosse iliaque gauche, ténésme et irradiation dans la cuisse gauche.

La malade revient de la campagne et est revue par M. Varnier le 7 au matin.

Examen difficile, ventre plat, défense musculaire ; au toucher : col mou, pas de douleur dans les culs-de-sac, pas d'écoulement sanguin. Repos au lit, glace sur le ventre, morphine si besoin.

Le 12 au matin, 38 jours après les dernières règles, expulsion de deux lambeaux de caduque (fig. 8).

L'écoulement cesse le 15. Repos au lit, glace en permanence.

Le 2 juin au toucher on ne constate aucun vestige de la grossesse ectopique.

Le 5 les règles reparaissent normales.

Depuis le 15 la malade guérie se lève et sort. Depuis cette époque la guérison s'est maintenue définitive.

Les cas d'expulsion de caduque en entier ne sont pas très rares. Dobbert (1) en cite 3 cas qui se sont produits tous les trois chez des femmes dont les dernières règles remontaient à 3 mois, 2 mois et 2 mois 1/2. Dans ces

(1) DOBBERT. *Virchow's Archiv*, 1892, Bd. 127, pièces 3, 4 et 5.

3 cas la caduque représentait un sac à 3 pointes dont Dobbert donne les dimensions qui varient en longueur de 5 centimètres à 6 cent. 5, en largeur de 3 cent. 8 à 5 centimètres. L'épaisseur de la membrane expulsée est plus variable, il a trouvé dans un cas une épaisseur de



Fig. 8. — Obs. VIII : 2 muqueuses expulsées par lambeaux.

7 millimètres, dans un autre une épaisseur de 4 millimètres et dans l'autre enfin 2 millimètres seulement.

Zweifel (1) également en rapporte un cas dont il donne une bonne figure : la caduque représentait encore un sac à 3 cornes dont les dimensions sont à peu près les mêmes que celles constatées par Dobbert. Enfin Abel (2) cite un cas dans lequel, après un retard de règles de 10 semaines, la femme qu'il a observée a expulsé

(1) ZWEIFEL. *Arch. f. Gynækol.*, 1891, Bd. 41, heft 1.

(2) ABEL. *Arch. f. Gynækol.*, 1891, 2^e cas.

une membrane épaisse de 3 millim. 76 dont il ne donne pas les dimensions mais dont il a fait lui aussi un examen histologique complet que nous comparerons à l'étude de notre cas.

Examen histologique par M. Couvelaire (1). — « Cet

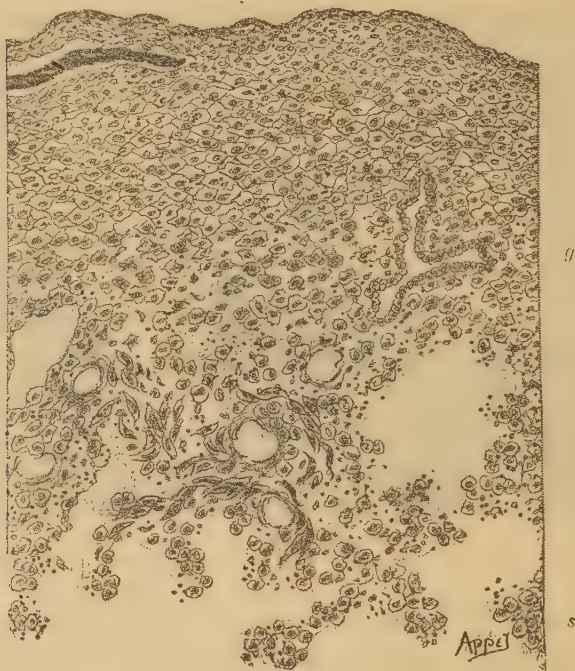


Fig. 9. — Obs. VII : Fort grossissement. — *t*, petit thrombus ; *g*, tube glandulaire ; *s*, surface de séparation déchiquetée.

examen porte sur la région centrale du lambeau n° 4. Coupe perpendiculaire du lambeau (fig. 9).

« La surface libre a une limite nette, largement ondulée, fibrillaire. Cette surface n'est pas revêtue de cellules épithéliales.

(1) VARNIER. *Compte-rendu de la Société O. G. P.*, oct. 1900.

« La surface profonde est très irrégulière, déchiquetée ; elle correspond à une déchirure en plein tissu de la caduque.

« Cette caduque est constituée par des cellules décimales dont le type est constant dans toute l'étendue des coupes. Ce sont des cellules volumineuses, polyédriques ou rondes, accolées les unes aux autres comme les dalles d'un pavé. Le corps cellulaire a une limite fine, mais bien nettement colorée ; le protoplasma est extrêmement clair, très peu coloré, presque translucide, le noyau est rond, bien coloré.

« A côté de ces cellules polyédriques on note par place quelques cellules fusiformes grêles disséminées irrégulièrement.

« En certains points se surajoutent à ces cellules des amas de cellules rondes. Ces cellules rondes sont surtout nombreuses à la face profonde de la caduque, sur la ligne de déchirure où elles forment de longues traînées.

« Par places, mais d'une façon assez discrète, on trouve des cavités tapissées par un épithélium cubique régulier, cavités dont la lumière est libre et qui répondent à des tubes de glandes utérines. On trouve aussi un assez grand nombre de cavités creusées en plein tissu de la caduque, leur limite est nettement accusée par un très fin revêtement fibrillaire, quelques-unes renferment des débris cellulaires. Ce sont vraisemblablement des tubes glandulaires dont l'épithélium dégénéré a desquamé ».

« D'autres cavités montrent sur leur paroi quelques noyaux d'endothélium ; ce sont des capillaires ».

« Enfin sur la ligne de déchirure se trouvent quelques

vaisseaux de petit calibre, à coupe bien circulaire, dans la paroi desquels existent des fibres musculaires lisses ; ce sont de petites artérioles ».

Examen microscopique de la 2^e caduque expulsée (fig. 8). Cet examen a porté sur l'extrémité du lambeau n^o 1 ; coupe perpendiculaire à la surface.

« La surface libre et la surface de déchirure sont semblables à celles de la 1^{re} caduque. Il en est de même pour les vaisseaux capillaires et petites artérioles. Les différences de structure portent sur le stroma cellulaire. En aucun point on ne retrouve les belles grosses cellules claires de la 1^{re} caduque. Les cellules sont soit fusiformes, soit polyédriques, soit ovales ; leur protoplasma est assez abondant et se colore bien ; leur noyau est volumineux, en général rond et prend bien l'hématoxyline. Ces cellules sont plus volumineuses que les cellules du chorion et de la muqueuse utérine normale. Quelques cellules rondes, par places, se surajoutent aux cellules de cette caduque.

« Quelques rares cavités glandulaires tapissées par un épithélium cubique, à lumière peu considérable, se rencontrent par place ».

M. Couvelaire conclut de cet examen que « la membrane expulsée répond à la couche compacte d'une caduque banale ».

Nous avons trouvé dans la littérature quelques examens microscopiques de membranes expulsées au cours des grossesses ectopiques.

Dobbert (1) a fait l'examen détaillé des trois muqueu-

(1) DOBBERT. *Virchow's Archiv*, Bd. 123, p. 108, p. II.

ses expulsées qu'il a recueillies. Nous ne résumerons que le premier ayant trait à une caduque expulsée au cours du 3^e mois, car les deux autres sont en tout point semblables.

L'examen microscopique de Dobbert ressemble à celui de notre cas. Il constate que les cellules formant le stroma sont aussi des cellules déciduales dont la limite est peu nette. Il n'a pas retrouvé non plus de tubes glandulaires ni de conduits excréteurs de glandes. Il signale aussi quelques hémorrhagies dissociant le tissu de la muqueuse. Enfin, il a remarqué aussi quelques tubes glandulaires dilatés à la face profonde (utérine) du lambeau qu'il a étudié, il signale aussi la présence de cellules rondes plus abondantes vers ce bord pré-musculaire et il insiste sur l'aspect frangé déchiqueté de cette ligne de séparation profonde. — Il n'a pas retrouvé l'épithélium superficiel de la muqueuse et pense qu'il n'existe pas ; en cela il est de l'avis de Klein, Wyder et Langhans.

Au contraire, Abel (1) dans le cas qu'il rapporte avec examen microscopique, signale à la surface de la caduque expulsée une pellicule de 3 μ d'épaisseur composée de cellules allongées, plates avec noyaux allongés, qu'il considère comme l'épithélium de revêtement modifié. Il nous semble qu'Abel a raison et que, si Langhans dans son cas, si Dobbert dans sa pièce n° 1 et si Wyder dans ses pièces d'autopsie n'ont pas retrouvé d'épithélium superficiel, c'est une modification qui tient à des altérations cadavériques ou de putréfaction, s'étant produites

(1) ABEL. *Arch. f. Gynækologie*, 1891

sur des pièces mal conservées, ou sur des caduques qui sont demeurées quelque temps décollées dans l'utérus avant d'être expulsées, ou qui ont été plus ou moins soumises à des manipulations, avant d'être livrées à l'examen histologique.

Abel n'a pas retrouvé de glandes, ni de restes de glandes dans ses lambeaux de muqueuses. C'est donc que la transformation déciduale des cellules du stroma était assez avancée, suivant l'avis de Dobbert, dans cette grossesse jeune (10 semaines), pour que les tubes glandulaires aient été envahis par le tissu décidual.

Pour Abel, contrairement à l'avis de Langhans, il y a toujours un épithélium entourant les vaisseaux ; ce qui lui permet de conclure que ce sont des capillaires. A ce propos, Abel fait une comparaison entre un premier cas âgé de 4 à 5 semaines, qu'il a étudié et son deuxième cas, âgé de 10 semaines.

Dans le premier, les vaisseaux de la caduque ne diffèrent pas de ceux d'une muqueuse utérine normale non gravide : la paroi des vaisseaux est partout conservée et on ne voit pas de capillaires. Dans le 2^e cas, au contraire, pas d'artères, pas de veines, rien que des capillaires, du moins quant à la structure. Cela prouve, dit-il, que les progrès de la grossesse déterminent la perte de la paroi des vaisseaux dans le territoire de la caduque.

Un autre auteur a fait une étude approfondie de la muqueuse utérine dans les cas de grossesse tubaire. C'est Pilliet (1) qui, dans les *Annales de gynécologie et*

(1) PILLIET. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, oct. 1895.

d'obstétrique, a publié les examens histologiques de diverses pièces retrouvées au musée Dupuytren. Cet auteur rapporte l'observation résumée et l'examen de 9 utérus dans lesquels il a retrouvé la réaction déciduale assez nette que subit la muqueuse utérine au cours de la grossesse ectopique. A ce propos, Pilliet émet son opinion sur une affection au sujet de laquelle, dit-il, on a tant écrit, sur la dysménorrhée membraneuse. « Il est évident, dit-il, que l'expulsion d'une caduque utérine, quand l'œuf passe inaperçu dans la trompe, constitue un cas typique de dysménorrhée membraneuse ». D'autant plus, ajoute cet auteur, que l'étude de la caduque en place nous permet de préciser son caractère et de montrer que, dans bien des cas, l'examen de débris de curettage ou des produits expulsés ne peut donner beaucoup d'indications. Pilliet se demande si cette expulsion est une variété plus ou moins rare de la maladie ou si c'est le type qui se rencontre le plus souvent. Pilliet penche pour l'affirmative et conclut en disant que dans tous les cas étiquetés dysménorrhée membraneuse il faudrait avec grand soin examiner les trompes ; et il termine en faisant remarquer que si dans les observations qu'il présente les malades n'avaient pas succombé et que si l'on n'avait pas trouvé à leur autopsie un embryon dans une trompe, ces cas auraient été certainement classés comme dysménorrhée membraneuse.

La grossesse extra-utérine, pour Pilliet, est très fréquente et si les cas de dysménorrhée membraneuse sont si rares, c'est que les caduques utérines ne se détachent pas toujours d'un bloc, c'est qu'elles se désintègrent peu à peu comme nous le disions au début de ce chapitre

en émettant les avis de Dobbert sur le mécanisme de l'expulsion de la caduque.

De cette rapide étude, il nous semble, en comparant notre double observation aux diverses observations et examens histologiques retrouvés dans la littérature, que l'on peut émettre les conclusions suivantes :

L'expulsion d'un sac membraneux, représentant le moule de la cavité utérine, n'est pas constant dans l'évolution de la grossesse extra-utérine.

Son expulsion n'implique pas fatalement la mort du produit de conception.

Il n'est pas démontré qu'elle ne coïncide pas avec une perturbation plus ou moins importante au niveau de l'œuf.

Le sac membraneux est, d'après les examens histologiques qui ont été faits jusqu'à présent, constitué par la couche superficielle de la muqueuse utérine modifiée. La ligne de séparation passe au milieu de la couche ampullaire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Grossesse tubaire isthmique gauche juxta-utérine. — Rupture intra-péritonéale quatre-vingt-douze jours après la fin des dernières règles.

(COUVELAIRE, *Études anatomiques sur les grossesses tubaires*. Thèse de Paris, 1901, obs. II, p. 110).

Observation clinique (Maternité de l'Hôtel-Dieu annexe. M. Champetier de Ribes). — Femme de 30 ans, passementière, primipare.

Réglée à 12 ans 1/2 toujours très régulièrement sans douleurs ; règles d'abondance moyenne.

Depuis 1894 elle souffrait de l'estomac. A deux reprises, hématomèses assez abondantes.

Ses dernières règles normales datent du 1^{er} au 4 janvier 1898.

Aucun accident spécial ni en janvier ni en février, si ce n'est quelques nausées auxquelles la malade n'attribue aucune importance.

Le 16 mars, sans douleurs, elle est prise d'hémorrhagie peu abondante : sang rouge, pas de caillots. Depuis cette époque, a toujours perdu du sang en très faible quantité : « Sa chemise était seulement tachée par un sang pâle ».

Le 5 avril elle perdit un peu plus abondamment que les jours précédents.

Le 6, vers 7 heures du matin, la malade qui venait de se lever en parfait état, est prise brutalement, sans la moindre cause occa-

sionnelle, d'une douleur déchirante dans le flanc droit, bientôt généralisée à tout l'abdomen. Ces douleurs sont continues avec exacerbation quand la femme remue ou respire profondément. Elle manque à chaque instant de se trouver mal, mais n'a à aucun moment perdu totalement connaissance.

Elle se recouche, continue à souffrir, a de fréquentes nausées. Un médecin appelé, pense à un avortement et l'envoie à la Maternité de l'Hôtel-Dieu où elle arrive vers 4 heures.

C'est une femme vigoureuse. Elle est toute pâle, avec des accès de cyanose portant sur les lèvres et les extrémités, nez, oreilles, mains, alternant avec des périodes de pâleur. Les extrémités sont froides. Elle a des nausées fréquentes ; elle se plaint de son ventre et d'une constriction thoracique qui la gêne beaucoup ; sa respiration est irrégulière, accélérée, mais faible. On ne sent pas le poul.

Le ventre n'est pas ballonné : il est dur et douloureux, sans localisation maxima : la paroi se contracte au moindre attouchement.

Submatité dans toute la région sous-ombilicale.

Le toucher vaginal permet d'atteindre, remonté, mais à peu près au centre du bassin, le col conique fermé, superficiellement ramolli. Les culs-de-sac sont tous libres. Impossible de délimiter le fond de l'utérus à cause de la réaction douloureuse de la paroi abdominale.

Les seins sont peu développés ; pas de pigmentations, pas de tubercules. Rien ne sort à la pression du mamelon.

L'auscultation du poumon permet d'entendre partout un murmure vésiculaire faible, mais non modifié comme timbre. Le cœur bat vite, faiblement et irrégulièrement.

Le diagnostic porté est celui d'inondation péritonéale par rupture d'une grossesse ectopique.

Injectons d'éther, de sérum artificiel.

La malade va de plus en plus mal. Elle est transportée agonisante à l'Hôtel-Dieu, où elle meurt vingt heures après le début des accidents.

Autopsie. — Le 8 avril 1898, vingt-deux heures après la mort. La cavité abdominale est pleine de sang ; dès l'ouverture du ventre un sang liquide, noirâtre s'écoule. Le tablier épiploïque sain, sans adhérences, est relevé. Le sang infiltré entre les anses intestinales, épanché surtout dans l'étage inférieur de la cavité abdominale sous le mésocolon transverse. Il y a environ deux litres de liquide. Le petit bassin est plein de caillots. Le cul-de-sac de Douglas et le cul-de-sac vésico-utérin en sont remplis à peu près également. L'utérus, les annexes, le rectum sont cachés par cette masse de caillots : il y en a près de 500 grammes. Ces caillots noirâtres sont enlevés avec précaution : on constate alors que l'utérus, légèrement antéfléchi, est bien au centre du bassin ; il ne présente aucune déviation latérale. Les annexes droites, normales sont en situation normale. Les annexes gauches sont normales et libres dans leur partie externe ; mais au niveau de la corne utérine, la trompe est cachée par un gros caillot qui l'encapuchonne. Ce caillot n'est pas libre comme les autres ; il tient légèrement à la trompe, si légèrement qu'au cours des manœuvres il se détachera malgré toutes les précautions prises pour le laisser en place.

Le péritoine pelvien, comme le péritoine abdominal, est absolument normal sans la moindre réaction inflammatoire, sans traces d'inflammation antérieure.

Tous les organes sont d'une extrême pâleur, mais paraissent macroscopiquement sains.

L'utérus et les annexes sont enlevés pour être examinés en détail.

La portion juxta-utérine de la trompe est dilatée et rupturée. La surface extérieure de cette partie est absolument lisse, sans la moindre adhérence ; elle est ecchymotique et sillonnée de fines arborisations vasculaires. Cette poche, aplatie dans le sens sagittal, a la forme générale d'un ovoïde. Son grand axe est oblique en bas et en dehors. Son grand diamètre mesure 31 millimètres, le conjugué 19 millimètres ; son épaisseur est de 10 millimètres.

La face postérieure est le siège d'une déchirure.

Cette déchirure, irrégulièrement ellipsoïde, a, comme diamètres conjugués, 10 et 12 millimètres ; ses bords, très minces, sont irrég-

guliers, déchiquetés et décollés sur une étendue de 1 à 2 millimètres ; dans le fond de la déchirure et affleurant presque ses bords, on voit une masse constituée par un caillot englobant de petites houpes vilieuses.

Le caillot, qui coiffait la corne utérine et la poche tubaire, est un gros caillot, mesurant, dans ses trois dimensions, 60, 50 et 20 millimètres. Sa surface extérieure est banale, noirâtre, irrégulière. Sa surface inférieure, celle qui coiffait la corne utérine, est, au contraire, creusée en cupule, reproduisant le moule en creux des surfaces sur lesquelles il était appliqué. Cette cupule a, comme diamètre, 27 et 20 millimètres ; elle est revêtue d'une membrane amniotique et d'une membrane chorale, de laquelle se détachaient quelques villosités noyées dans le caillot.

Examen des pièces (Partie concernant l'utérus seul). — L'utérus a sa surface extérieure péritonéale lisse, blanche sans adhérences.

Les dimensions sont les suivantes : hauteur totale 85 millimètres, hauteur du corps : 48 millimètres, épaisseur maxima du corps : 31 millimètres, diamètre transverse maximum (au niveau de l'insertion des ligaments utéro-ovariens, 51 millimètres).

Le museau de tanche est normal, sans ulcération. L'orifice externe du col circulaire laisse baver un liquide sanguinolent, glaireux, qui tapisse les parois vaginales.

Sur une section médiane sagittale de l'utérus on constate que la cavité utérine mesure 68 millimètres dont 30 pour la cavité cervicale et 38 pour la cavité du corps.

La cavité cervicale renferme un bouchon muqueux sanguinolent.

La muqueuse de la cavité isthmique a une surface blanche striée de sang ; la cavité du corps est tapissée par une muqueuse d'épaisseur inégale, atteignant 4 millimètres. Cette caduque est gris rosé ; sa surface extérieure est lisse, tomenteuse, grise avec fines stries rosées, rappelant assez sur la coupe l'aspect des branchies de poissons.

L'axe du corps et celui du col font un angle très obtus, ouvert en avant.

OBSERVATION II

Grossesse tubaire ampullaire droite. — Rupture intrapéritonéale soixante-six jours après les dernières règles. — Fœtus long de 3 cent. 5.

(Observation VIII de la thèse de M. COUVELAIRE).

Observation clinique (Hôtel-Dieu : MM. Polaillon et Labey).

— Une femme de 45 ans entre le 6 janvier au soir à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Polaillon pour des douleurs abdominales et une métrorrhagie.

Cette femme, qui a eu quatre accouchements, dont le dernier remonte à sept ans raconte que, il y a une quinzaine de jours, elle a eu une perte de sang assez abondante avec caillots. Elle était ordinairement bien réglée mais lorsqu'elle a eu sa métrorrhagie, elle avait un retard de trois semaines dans ses règles (les dernières règles datant du 1^{er} novembre). Un médecin appelé diagnostique une fausse couche et fait garder le lit à la malade. Mais comme elle continue à souffrir du ventre et à perdre du sang avec caillots, elle vient à l'hôpital.

On l'examine le 7 janvier à la visite du matin. C'est une femme extrêmement grosse : sa paroi abdominale est d'une épaisseur considérable, si bien que le palper est très difficile et ne donne pas de renseignements précis. Son ventre qui a toujours été gros s'est cependant légèrement accru, dit-elle, depuis sa soi disant fausse couche.

Le toucher vaginal montre un utérus gros, assez mobile, pas douloureux ; l'hystérométrie révèle une cavité utérine de 9 centimètres. Les culs-de-sac vaginaux sont libres, cependant il semble que, dans le cul-de-sac vaginal droit, profondément il y a un peu d'empâtement.

Il n'y a actuellement pas de métrorrhagie.

Etant données les difficultés du palper bimanuel à cause de l'épaisseur de la paroi, on ne pose pas de diagnostic précis. On se réserve d'observer la malade et de la réexaminer.

Après l'examen, la malade est reportée dans son lit, et presque aussitôt elle se sent mal à l'aise. Elle déjeune cependant, mais bientôt elle est prise d'une dyspnée extrêmement violente (40 respirations par minute). La face est cyanosée, les extrémités sont froides et couvertes de sueur. Les battements de cœur sont très accélérés et faibles (130 par minute); de plus, la malade se plaint d'une douleur vive dans la région lombaire. L'auscultation du poumon ne révèle rien; on lui fait respirer de l'oxygène; injections hypodermiques de caféine et d'éther.

La malade se sent un peu soulagée pendant quelques instants, puis elle recommence à étouffer, les extrémités se refroidissent et à quatre heures de l'après-midi, elle a une syncope et meurt.

Autopsie. — La cavité abdominale est remplie de sang liquide et de caillots. Le petit bassin contient notamment une quantité considérable de gros caillots cruoriques, situés dans le cul-de-sac de Douglas et dans le cul-de-sac vésico-utérin; c'est une véritable inondation péritonéale. Les anses intestinales ne présentent pas d'adhérences entre elles, ni avec l'utérus ou les annexes; mais entre la trompe droite, dont la portion externe rupturée, contient un œuf, et le cœcum avec son appendice, il existe des adhérences plus serrées, qui sont formées par des caillots paraissant plus anciens et commençant déjà à s'organiser.

Tous les autres organes sont normaux.

L'utérus et les annexes sont enlevés en bloc et conservés dans une solution de formol.

Les annexes gauches, trompe et ovaire, d'apparence normale, sont macroscopiquement et microscopiquement sains.

L'ovaire droit ne peut plus basculer autour de son hile devenu bord supérieur; son bord libre est devenu inférieur. Le grand axe de cet ovaire mesuré entre les insertions des ligaments utéro-ovariens et tubo-ovariens est de 37 millimètres et le petit axe de 25 millimètres.

Le kyste fœtal adhère au pôle ovarien externe. La longueur du grand axe oblique de la face postérieure de ce kyste mesure 55 millimètres. L'épaisseur totale du kyste est de 40 millimètres. Sa face

antérieure mesure 45 millimètres de hauteur sur 45 de largeur. La moitié supérieure de cette face est lisse, sans adhérence et parcourue par un réseau de capillaires. Sa moitié inférieure est d'une teinte sombre et présente une surface irrégulière et des traces d'adhérences.

La déchirure occupait le tiers supéro-interne de la face postérieure du kyste.

Examen des pièces (Partie concernant l'utérus seul). —

Utérus. — Sur la face antérieure on voit, à mi-hauteur de l'utérus, à gauche du plan médian, une bosse sous-péritonéale ayant les dimensions d'une demi-amande, sans trace d'adhérences (petit fibrome intra-mural); au voisinage de l'insertion du ligament rond droit, entre elle et le plan médian, une plaque mince d'adhérences rompues.

Sur la face postérieure, le péritoine a un aspect absolument normal.

Les dimensions de l'utérus sont : hauteur totale, 105 millimètres ; diamètres transverses : entre les insertions tubaires, 56 millimètres ; entre les insertions du ligament utéro-ovarien, 60 millimètres ; diamètre transverse maximum (un peu au-dessous du précédent), 65 millimètres ; au niveau du fond du Douglas, 40 millimètres ; au niveau de la portion vaginale du col, 39 millimètres ; épaisseur maximum du corps, 42 millimètres.

Sur une coupe verticale médiane de l'utérus, on constate que le corps utérin est en rétroflexion.

Le corps mesure 45 millimètres de hauteur de l'orifice externe à l'orifice interne.

L'épaisseur de la paroi cervicale est de 10 millimètres en avant, de 14 millimètres en arrière.

Le corps a une cavité profonde de 5 centimètres. La muqueuse, d'épaisseur variable, 1 à 2 millimètres, atteint son maximum vers le fond : 2 millimètres.

La paroi utérine a comme épaisseur 20 millimètres en arrière, 23 millimètres en avant, 16 millimètres au niveau du fond. Dans l'épaisseur de la paroi antérieure, deux noyaux fibromateux de 10 mil-

limètres de diamètre siègent un peu au-dessus de l'orifice externe et à la partie moyenne du corps.

La muqueuse, épaissie, est revêtue par un épithélium cubique desquamé par places (pièce d'autopsie) haut de 19 μ .

Les culs-de-sac glandulaires ne sont pas très sensiblement hypertrophiés ; ils sont revêtus par un épithélium cylindrique haut de 20 à 26 μ . L'intérieur des culs-de-sac est vide, le tissu intra-glandulaire est hypertrophié, aussi bien dans les couches superficielles que dans les couches profondes ; on ne peut distinguer nettement deux couches, l'une compacte, l'autre spongieuse, cependant les culs-de-sac glandulaires sont plus nombreux au niveau de la partie profonde de la muqueuse ; on en trouve jusque dans la couche la plus superficielle de la musculieuse. Les cellules du stroma ont des noyaux arrondis ou fusiformes ; elles ne sont pas très tassées les unes contre les autres ; les noyaux sont distants les uns des autres, plus que dans la muqueuse ordinaire, mais les cellules ne sont guère hypertrophiées ; parmi ces noyaux, les ronds ne dépassent pas 8-18 μ ; les fusiformes, grêles, atteignent 20 μ .

OBSERVATION III.

Grossesse tubaire ampullaire droite. — Laparotomie pour hémato-cèle péritubaire enkysté communiquant par l'orifice largement dilaté du pavillon avec le sac fœtal. — Fœtus mort, long de 14 centimètres.

(Observation XI de la thèse de M. COUVELAIRE).

Observation clinique. (Hôpital Saint-Louis, M. Marchand).

J. D. . . , 25 ans, sans profession, réglée régulièrement depuis l'âge de 15 ans ; les règles ont été toujours douloureuses.

Mariée à 20 ans, en 1892, elle semble avoir fait une fausse couche en 1895. Après un retard de huit jours, elle eut à cette époque une très forte perte à la suite de laquelle elle a souffert dans le bas-ventre et les reins. Un médecin consulté porte le diagnostic de métrite et lui fit un curetage.

Ses dernières règles datent du 28 février 1897.

Le 20 avril, elle fut prise brusquement, en montant un escalier, d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite. La douleur fut si forte, qu'elle tomba presque sans connaissance et qu'on dut la porter dans sa chambre. Son ventre était ballonné, douloureux ; elle eut quelques vomissements. Le lendemain apparut un écoulement sanglant par le vagin, écoulement noirâtre, fétide. Le médecin de la famille ne fit pas de diagnostic, prescrivit des cataplasmes sur le ventre, des suppositoires à la belladone et des injections vaginales au sublimé. Tous les symptômes s'amendèrent. Quatre jours après, le liquide de l'injection vaginale ramena « deux grosses masses jaune-verdâtre qui n'étaient pas des caillots ». Au bout de quelques jours, la malade fut sur pied ; mais à partir de cette époque jusqu'au 9 juin, elle eut toute une série de crises douloureuses qui s'atténuaient par le repos. D'autre part, les pertes sanglantes persistaient, peu abondantes, cessant un ou deux jours pour reparaitre ensuite, et cela jusqu'au 9 juin.

Le 20 mai, à la suite d'une crise un peu plus violente que les autres, un second médecin, le Dr David, est appelé. Le ventre était ballonné et douloureux ; la malade vomissait et avait de la fièvre. Le toucher vaginal permettait de constater que le col était ramolli. L'examen, douloureux, rendu difficile par l'indocilité de la malade fit penser au docteur David qu'il s'agissait d'une pelvipéritonite consécutive à une fausse couche. Le lendemain, ces phénomènes s'étaient atténués. L'examen de la malade fut possible : le docteur David constata alors l'existence d'une tumeur dans la fosse iliaque droite et l'hypertrophie de l'utérus.

M. Marchand, appelé en consultation, hésite au point de vue du diagnostic entre une grossesse ectopique et une grossesse utérine compliquée de kyste ovarique. Il propose une intervention chirurgicale immédiate qui est refusée.

Le 9 juin dans la nuit, elle est prise brusquement d'une douleur dans la fosse iliaque droite. Cette douleur, à caractère syncopal, était bien plus intense que celle des autres crises : rapidement son ventre très douloureux se ballonne ; elle vomit ; elle a de la peine à respirer : sa figure s'altère ; elle est toute pâle et a de fréquentes

lipothymies. Son pouls est misérable, incomptable. Le Dr David la fait transporter à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Marchand où elle arrive le soir du 10 juin.

A son entrée on fait les constatations suivantes :

Le ventre est météorisé : sonorité tympanique partout, sauf dans la fosse iliaque droite qui est mate. La palpation de cette région est extrêmement douloureuse. Les douleurs que provoque le palper s'accompagnent d'une série de mouvements respiratoires anxieux ; il faut suspendre l'exploration pour permettre à la malade de reprendre haleine.

Au fond du vagin, on sent, élevé et plaqué contre le pubis, le col utérin de volume ordinaire, légèrement ramolli ; son orifice externe est fermé ; il y a un léger suintement utérin rosé. Les culs-de-sac vaginaux latéraux et postérieurs sont tendus ; on ne peut faire d'autre constatation, la malade poussant des cris dès qu'on l'explore.

Le cathétérisme de la vessie montre que celle-ci est fortement déviée vers la droite.

Laparotomie le 11 juin 1897. Chloroforme. Opérateur : M. Marchand.

La vessie remonte assez haut et ce n'est que grâce à la prudence du débridement péritonéal qu'elle n'est pas blessée.

Dès l'ouverture du péritoine, une quantité énorme de liquide noirâtre sanglant sort mélangée à des caillots noirâtres. La plus grande partie de ces caillots est immédiatement enlevée et au milieu d'eux, on voit un fœtus de 14 centimètres mort, libre dans la cavité abdominale, relié par un cordon long de 15 centimètres à une masse, grosse comme les deux poings, profondément située dans le petit bassin à droite et en arrière. Cette masse est libérée avec les doigts qui déchirent facilement les adhérences du sac fœtal. Un clamp est placé sur le ligament large. Pédiculisation à la soie après ablation du sac. Au cours de ces manœuvres le cordon ombilical s'est rompu et, en même temps, un fragment de placenta donnant insertion au cordon est arraché.

Nettoyage du petit bassin et de la cavité abdominale qui con-

tiennent encore du liquide sanglant et des caillots. Une mèche de gaz iodoformée est placée dans le cul-de-sac de Douglas. Suture de la paroi en un plan aux fils d'argent.

La quantité totale de liquide sanglant et de caillots épanchés dans le péritoine peut être évaluée à un litre.

Les annexes droites enlevées chirurgicalement sont constituées par la portion isthmique libre de la trompe, par l'ampoule dilatée (kyste foetal) communiquant par son pavillon, dont l'orifice est largement ouvert, avec une poche abdominale secondaire, à la surface de laquelle est accolé l'ovaire.

La portion isthmique court rectiligne sur une longueur de 23 millimètres. Elle est perméable. A cette portion libre fait suite une portion longue de 4 centimètre qui chemine à la surface extérieure du sac foetal ampullaire faisant corps avec lui et venant déboucher à plein canal dans l'ampoule dilatée.

L'ampoule est représentée par une cavité qui s'étend sur une longueur de 65 millimètres, mesurée du pôle interne du sac à l'orifice du pavillon. Le diamètre sagittal maximum est de 35 millimètres. La surface extérieure de cette ampoule ne présente que quelques traces d'adhérences lâches qui ont été rompues.

La poche abdominale largement déchirée, apparaît comme une coupe à bords déchiquetés dont les parois néo-membraneuses sont épaisses de 2 à 4 millimètres et dont les grands diamètres atteignent 11 et 16 centimètres.

L'ovaire, intimement accolé à la face postéro-interne de cette poche, a comme dimensions : 30 millimètres, 20 millimètres, 15 millimètres.

Suites opératoires : le 12 juin au soir 39°, ballonnement du ventre, vomissements porracés ; le pouls à 120 est mal frappé, irrégulier.

La mèche de gaze, enlevée le 14 juin, est remplacée par deux gros drains. Les phénomènes péritonéaux s'accroissent.

Mort le 17 juin.

Autopsie. — Péritonite généralisée (liquide louche et fausses membranes).

Examen des pièces (Partie concernant l'utérus seulement).
— Mauvaise conservation. Pièces d'autopsie. Examen histologique impossible.

L'utérus augmenté de volume mesure 81 millimètres de hauteur totale, 62 millimètres de diamètre transverse maximum au niveau de l'insertion des trompes, 34 millimètres d'épaisseur au niveau du corps. La hauteur de la cavité utérine est, pour le corps, de 45 millimètres, pour le col de 32 millimètres.

La surface interne de la cavité du corps est tapissée par une couche mince extrêmement molle, gris-rougeâtre, véritable bouillie qui se détache toute seule de la paroi (pièce d'autopsie).

OBSERVATION IV (Inédite)

Laparotomie le 5 décembre, pour hémorrhagie intra-péritonéale remontant à 3 semaines et péritonite. — Fœtus mort et macéré, du poids de 55 grammes. — Grossesse tubaire droite.

(N° 2344. Clinique Baudelocque, année 1899).

Observation clinique. — Femme journalière, âgée de 34 ans, ne présentant aucun antécédent pathologique.

Réglée à 15 ans 1/2, depuis toujours très régulièrement. .

Cinq accouchements normaux n'ayant rien présenté de particulier.

Ses dernières règles datent du 1^{er} au 10 septembre environ.

Le 10 octobre, elle perd un peu de sang roussâtre. Ecoulement de très courte durée ne ressemblant en rien à ses règles. Depuis cette époque, la malade accuse des douleurs dans le ventre, surtout dans la fosse iliaque droite.

Le 14 novembre, elle est réveillée au milieu de la nuit, par de vives douleurs dans le bas ventre. Sueurs abondantes, pas de frisson.

Un médecin appelé, conseille un repos au lit et des injections chaudes. Il examine la malade les jours suivants et prévient qu'une opération est nécessaire.

La malade garde le lit, mais dans la nuit du 30 novembre, elle est à nouveau reprise de violentes douleurs.

Le 30 au matin, le ventre est ballonné, les douleurs s'irradient dans la cuisse droite. Les gardes-robes sont normales. Aucun trouble de la miction.

Depuis cette époque, les douleurs n'ont pas cessé, le ventre reste ballonné, douloureux à la pression.

La malade a des vomissements, des syncopes ; mais comme elle ne veut pas d'opération, le médecin lui fait des badigeonnages de collodion sur le ventre.

Dans la nuit du 4 au 5 décembre, elle est prise de vomissements alimentaires, puis bilieux, suivis d'une syncope assez longue. On la transporte à Baudelocque, 8 heures 1/2 du matin. La faiblesse est telle qu'on doit l'étendre immédiatement sur un brancard. Le facies est grippé. Pouls : 136.

M. Baudron l'examine, trouve un ventre ballonné douloureux au moindre attouchement.

Au toucher : cul-de-sac vaginal postérieur rempli par une tumeur rénitente qui refoule l'utérus en avant.

A droite et à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse, il perçoit vaguement le fond de l'utérus.

La tumeur abdominale paraît se limiter à un travers de main au-dessus du pubis et à droite. Il fait le diagnostic de *grossesse extra-utérine de la trompe droite rompue, hémorrhagie extra-péritonéale et péritonite*.

Il décide d'intervenir le plus tôt possible, et de faire la laparotomie, parce que la trompe doit continuer à saigner et qu'il existe des phénomènes de péritonite. M. Pinard prévenu, partage cette opinion. L'opération est décidée.

Opération — A 1 heure 1/2 du soir, la femme est endormie.

M. Baudron fait sur la paroi abdominale une incision médiane de 5 centimètres à 3 travers le doigt au-dessus de l'ombilic. A l'ouverture du péritoine, il tombe sur une tumeur limitée en *haut* par des adhérences péritonéales épaisses, formées par l'épiploon et l'intestin, et en *bas* par l'utérus et les ligaments larges.

Incision : Il s'écoule aussitôt un sang noir, visqueux, fétide, assez abondant. Introduisant la main dans la cavité, M Baudron retire avec des caillots un fœtus de 55 grammes et les débris de la poche tubaire à laquelle adhère le placenta. Cette trompe est pédiculisée et reséquée après pincement de son pédicule par 3 pinces qui sont laissées à demeure.

Le corps de l'utérus est hypertrophié.

Lavage de la cavité avec de l'eau stérilisée et tamponnement à la gaze iodoformée.

L'opération a duré 20 minutes.

On fait à la malade une injection de sérum. Le poulx se relève, mais l'hémorrhagie dure encore un certain temps

Le fœtus extrait pèse 55 grammes.

Les caillots, 270 ; le placenta adhérent aux parois du kyste, 130 grammes ; sang liquide, 120 grammes.

Le 6 décembre. Temp. : 37°5. — Poulx : 120.

La nuit n'a pas été mauvaise, mais depuis son sérum du matin, elle a vomi à différentes reprises. A partir de midi, l'état de la malade paraît devenir plus grave. Le poulx devient filiforme ; vomissements verdâtres d'odeur infecte.

Le 7 décembre, coma vers 4 heures du matin ; piqûre d'éther et caféine.

Mort le 7 décembre, à 9 heures 55 matin.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre apparaît le tablier épiploïque verdâtre et adhérent seulement au bas du pourtour de la plaie opératoire.

Dans le flanc droit, quelques caillots sanguins.

A gauche, le grand épiploon adhère par son bord inférieur, très infiltré de sang au péritoine pariétal, suivant les contours du grand bassin.

En arrière de l'utérus, qui est collé contre la paroi antérieure du bassin et un peu à gauche, le cul-de-sac de Douglas est occupé par un moignon informe constitué par les restes du kyste adhérents au rectum et à l'iliaque.

Il y a dans le cul-de-sac de Douglas un épanchement sanguin de 45 centimètres cubes.

Examen des pièces. — Utérus seulement. — L'utérus a sa surface extérieure blanche, lisse, sans adhérences, sauf sur la demi-hauteur de sa paroi postérieure.

Ses dimensions sont les suivantes : hauteur totale, 113 millimètres; épaisseur maxima, 38 millimètres; largeur (diamètre transverse maximum), 88 millimètres.

Le museau de tanche est normal, fendu transversalement et ne présentant pas d'ulcération.

Sur une section verticale médiane, on constate que la cavité utérine mesure 94 millimètres, dont 34 millimètres pour le col et 60 millimètres pour le corps.

Le corps utérin et le col se continuent directement sans faire d'angle ni en avant ni en arrière.

Sur cette coupe on voit un petit kyste du col siégeant sur la paroi antérieure. L'épaisseur de cette paroi est de 11 millimètres; la paroi postérieure plus épaisse a 16 millimètres.

Les parois du corps mesurent 20 millimètres en arrière, 16 millimètres en avant et 19 millimètres au fond de l'organe.

La muqueuse hypertrophiée a une épaisseur variant de 2 à 6 millimètres.

OBSERVATION V

Grossesse ectopique. — 6^e mois. — Fœtus mort et macéré.

Observation clinique. (M. COUVELAIRE). — La nommée Gaud ., âgée de 40 ans, sans antécédents héréditaires particuliers, bien portante jusqu'au mois de juin 1896.

Ses premières règles apparurent à l'âge de 17 ans et toujours ont été régulières; très abondantes, elles duraient 7 à 8 jours et ne s'accompagnaient d'aucun phénomène douloureux. Elle s'est mariée à 18 ans.

Une première grossesse à 19 ans 1/2 a été interrompue au bout de 3 mois à la suite d'une chute. Cette fausse couche s'est faite sans incidents consécutifs. Une deuxième grossesse à 20 ans, a évolué

normalement. L'enfant venu à terme et spontanément vit encore et se porte bien. •

A 22 ans, troisième grossesse normale, l'enfant vit toujours.

A 24 ans, quatrième grossesse, l'enfant est mort, âgé de 3 mois d'une « inflammation d'intestin »

A 25 ans, cinquième grossesse, l'enfant meurt à 6 ans de méningite tuberculeuse.

A 28 ans, sixième grossesse, l'enfant meurt à 1 an « à la suite de convulsions ».

Durant cette longue période, sa santé resta bonne. Bien bâtie, vigoureuse, elle s'occupait uniquement de son ménage et ne dut garder le lit qu'au moment de ses couches, d'ailleurs parfaitement normales.

Jamais, elle ne présenta de douleurs pelviennes, jamais de pertes blanches, jamais de métrorrhagies.

De 28 à 39 ans, elle vit ses règles revenir périodiquement avec leurs caractères habituels.

Histoire de la grossesse ectopique. Vers la fin de mai 1896, elle eut ses dernières règles, sans accidents spéciaux.

Le mois suivant, les règles manquent. Comme les seins augmentaient de volume et étaient le siège de picotements, comme elle avait des nausées matinales, et qu'elle ressentait l'ensemble de petits malaises déjà éprouvés au début de ses grossesses antérieures, elle se considéra comme enceinte.

Il n'y a rien de particulier jusqu'au début de juillet. A cette époque Gaud..., commença à se fatiguer facilement. Par moments, elle avait de petites douleurs dans le bas ventre, surtout lorsqu'elle restait trop longtemps debout. Quelques instants de repos suffisaient à la remettre sur pied.

Vers le milieu de juillet 1896, les phénomènes douloureux s'accrochèrent brusquement. Elle souffrait de violentes douleurs dans le bas ventre et dans les reins.

Ces douleurs revenaient par accès intermittents et affectaient parfois les caractères de douleurs expulsives.

Des vomissements verts, un peu de ballonnement du ventre et de la fièvre, firent porter le diagnostic de « péritonite ». En même

temps, elle perdit par le vagin, pendant 40 jours, du sang noirâtre, sale, couleur chocolat, sans odeur particulière ; on n'a pas constaté d'expulsion de caduque.

Au bout d'une quinzaine de jours, ces phénomènes aigus s'apaisèrent et la malade put reprendre ses occupations, pendant les mois d'août, septembre et octobre.

De temps en temps, à intervalles irréguliers, elle souffrait bien du ventre, mais n'était jamais forcée de garder le lit.

A plusieurs reprises, elle eut également de petits écoulements sanglants et cessant brusquement, disparaissant au bout d'un ou deux jours. C'était plutôt un liquide sanguinolent et sale que du sang. D'ailleurs, jamais ces pertes ne ressemblaient aux pertes menstruelles.

D'autre part, son ventre continuait à grossir et vers la fin d'octobre, elle sentit remuer. Les mouvements n'étaient pas très accentués, c'étaient de petits frémissements, suivant l'expression de la malade. Ils ne furent d'ailleurs perçus qu'à cette époque.

Au début de novembre elle eut une véritable montée de lait. Ses seins qui avaient perdu le volume des premières semaines, redevinrent plus gros, et pressant à la base du mamelon, on obtenait un liquide jaune abondant. Puis rapidement, en 5 à 6 jours, ils s'affaissèrent.

A partir de cette époque, l'état de la malade alla en s'aggravant : les douleurs plus fréquentes, la perte de l'appétit, les vomissements, l'amaigrissement progressif commencèrent à inquiéter son entourage.

Le 25 janvier, elle eut une très vive émotion à la suite de laquelle sa santé s'altéra d'avantage. En quelques jours, son ventre s'affaissa. Les douleurs abdominales étaient violentes. Elle avait un peu de diarrhée fétide, les matières fécales semi-liquides étaient mélangées à un liquide glaireux.

L'écoulement chocolat réapparut à l'occasion de l'émotion et persista d'une façon constante jusqu'à l'entrée à l'hôpital.

Une sage-femme est appelée à cette époque, qui ne sembla pas avoir vu très clair dans l'état de la malade, et prescrivit des injections vaginales contre les pertes, du baume tranquille contre les douleurs.

En février, les symptômes s'accroissent encore, la malade amaigrie ne quitte plus le lit. Elle tousse et après les accès de toux expectore avec difficulté des crachats spumeux ; le ventre moins douloureux reste affaissé et la miction devient difficile, lente, sans qu'il y ait de douleurs en urinant.

La malade a des alternatives de constipation et de diarrhée d'ailleurs peu abondante et surtout glaireuse. Enfin, le soir elle a souvent des accès fébriles.

Vers le 12 mars, la région ombilicale devient douloureuse surtout pendant les efforts de toux. Puis un peu de rougeur apparaît et le 17 mars à la partie supérieure de l'ombilic s'établit une petite ouverture par laquelle sortent des gaz, un liquide d'odeur infecte.

La sage-femme qui avait continué à visiter la malade fait appeler un médecin qui l'envoie immédiatement à Saint-Louis.

Elle entre salle Gosselin, n° 36, le 18 mars.

Examen de la malade, le 18 mars. C'est une femme affreusement amaigrie, squelettique, couchée sur le dos, les membres inférieurs à demi-fléchis, elle reste immobile, car le moindre mouvement la fatigue, la fait tousser et chaque quinte de toux exaspère ses douleurs péri-ombilicales. Sa face est très pâle. Les yeux excavés, brillants, sont anxieux, les lèvres, les oreilles, comme les extrémités des membres sont légèrement cyanosées. La bouche est amère, la langue sale et sèche.

Les vomissements sont fréquents, la malade rejette immédiatement tout ce qu'elle absorbe et dans l'intervalle vomit de la bile après de douloureux efforts.

Il n'y a pas actuellement de diarrhée, la malade n'a pas été à la selle depuis 2 jours.

La toux comme les vomissements est presque continuelle. Des crachats peu abondants, spumeux et muqueux, sont rejetés avec difficulté.

Lorsque toux et vomissements cessent, la malade qui s'est soulevée sur son séant s'affaisse et retombe dans son immobilité.

Les urines peu abondantes, un peu foncées, chargées de sels ne sont pas purulentes, elles contiennent une très légère quantité

d'albumine. La température est à 4 heures du soir à 38°,4. Le poulx mal frappé avec irrégularité bat à 92 pulsations par minute.

L'examen du thorax donne les renseignements suivants : la sonorité est normale partout, les vibrations thoraciques sont perçues en avant comme en arrière. Le murmure vésiculaire un peu rude dans son timbre est entendu facilement. A peine, en arrière, entend-on quelques râles fins disséminés, ne se reproduisant plus quand la malade est restée assise quelques minutes.

L'examen du cœur ne donne aucun renseignement particulier.

L'examen du ventre permet de constater les faits suivants : L'abdomen est plat, plutôt excavé. La peau, pâle, présente de nombreuses vergetures, stigmates des grossesses antérieures ; au pourtour de l'ombilic, on constate une légère rougeur et à la partie supérieure de l'ombilic une petite fistule dont l'ouverture a le diamètre d'une pointe de sonde cannelée ordinaire. Par la fistule sortent, au moment des efforts de toux et de vomissements, des gaz qui gargouillent et un peu de liquide sanieux brun avec petits grumeaux noirâtres, le tout répandant une odeur infecte. La percussion de la paroi donne une sonorité tympanique partout, jusque dans les flancs.

La palpation n'est pas très douloureuse ; les muscles ne se contractent pas et n'apportent aucun obstacle à l'examen. Autour de l'ombilic, légère induration qui paraît superficielle. Toute la paroi se laisse déprimer profondément sans que l'on perçoive de résistance. Il est impossible de délimiter quoi que ce soit dans cet abdomen mou comme de la pâte. Cet examen pratiqué à diverses reprises par M. Marchand, par nous, ne nous a donné aucun renseignement positif. Aucune sensation de tumeur, de parties fœtales, de crépitation osseuse.

Un stylet fut introduit par la fistule. Une première fois il fut arrêté rapidement à un centimètre de profondeur par une surface irrégulière peu persistante ; comme le liquide sanieux sortait teinté d'un rouge plus vif, le stylet fut retiré.

Une deuxième fois, le lendemain, M. Marchand fit pénétrer le

stylet tout entier par la fistule et eut les sensations d'une cavité dont les parois seraient très rapprochées l'une de l'autre et entre lesquelles se serait insinué le stylet.

Le toucher vaginal fait percevoir un col reporté en avant vers la symphyse. L'orifice externe est légèrement dévié vers la droite. Le col est gros, mou, arrondi, on pénètre facilement par l'orifice externe; anneau rigide et irrégulier dans la cavité du col qui admet une phalange et demie.

La colonne antérieure du vagin molle, flasque, ballotte et pend en avant du col; le doigt s'insinue difficilement dans le cul-de-sac antérieur. Dans le cul-de-sac postérieur on sent une masse assez grosse et dure qui s'étend latéralement jusque dans les culs-de-sac latéraux donnant l'impression d'une tumeur qui enserrerait la face postérieure de l'utérus.

Le doigt explorateur ramène un liquide sanglant brun noirâtre, poisseux, peu abondant.

Le toucher et le palper combinés ne donnent guère d'autre renseignement, on ne peut délimiter le fond de l'utérus. Le soulèvement de la masse rétro-utérine par le doigt vaginal est vaguement transmis à la main abdominale.

L'auscultation de la paroi abdominale permet de constater en un point limité à gauche de la ligne médiane, à peu près à la même distance de l'ombilic et de l'épine iliaque antéro-supérieure, un bruit de souffle continu avec renforcement systolique. Il n'y avait pas de frémissement en ce point.

Les seins sont très peu volumineux et flasques. Quelques grains glandulaires sont facilement sentis, la pression à la base du mamelon fait sourdre quelques gouttes de liquide jaunâtre.

19, 20, 21 mars. — L'état reste stationnaire; la température est retombée à 37°2 le matin du 19, ne subit aucune ascension nouvelle.

Opération. — 22 mars. — M. Marchand intervient: chloroformisation: incision de la paroi abdominale sur une étendue de 8 centimètres environ, ayant pour centre l'ombilic. M. Marchand tombe immédiatement dans la cavité foetale accolée à la paroi

abdominale : une quantité considérable de liquide infect, sanieux avec grumeaux noirâtres, s'écoule au dehors. L'incision cutanée a mis à découvert la tête d'un fœtus putréfié de 6 mois environ qui est extrait entier sans difficulté. Le fœtus était absolument libre. Sur son ombilic s'insérait, informe, un demi-centimètre de cordon. La poche est longuement lavée au sublimé. Le liquide revient d'abord sale, infect, avec de nombreux détritux putréfiés, puis très fortement teinté de sang rouge vif. Dès qu'il sort à peine teinté en rose, on cesse le lavage sans faire la moindre exploration de la cavité kystique et on tamponne à la gaze iodoformée. Pansement légèrement compressif.

Après l'opération, qui a duré en tout une dizaine de minutes, la malade est agitée, algide, ses extrémités sont cyanosées, le pouls bat à 130, il est petit, misérable, irrégulier. On fait une injection d'éther et une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum artificiel. — Champagne, glace.

A 5 heures du soir, la malade est réchauffée. Température axillaire, 37°1. Son pouls est à 110, mieux frappé. Elle a vomi de la bile. Les mèches de gaze sont enlevées. Il n'y a pas eu d'hémorragie. Le pansement avec mèche de gaze est refait après lavage au sublimé.

23 mars. — Etat général meilleur, pansement et lavage au sublimé deux fois par jour. Les mèches de gaze retirées ont toujours une odeur infecte. Le lavage ramène de nombreux détritux putréfiés.

La malade ne vomit plus, ne tousse plus.

Elle perd toujours par le vagin.

24 mars. — La malade a gardé ses lavements nutritifs et a pris un peu de potage. L'état général ne s'améliore pas. Comme les urines sont noires, nous substituons au sublimé la solution aqueuse et saturée de naphthol.

25 et 26 mars. — La malade ne va pas mieux. Elle ne veut rien prendre. La température est seule normale (36°7). Les lavages, faits régulièrement, ramènent toujours des débris putréfiés.

27 mars. — Le matin, à 10 heures, elle meurt sans incident.

Examen du fœtus. — Le fœtus extrait est du sexe féminin. Il a le développement d'un fœtus de six mois environ, sa longueur totale de 34 centimètres. La mensuration de quelques os ont donné :

Tibia, 60 millimètres.

Fémur, 68 —

Cubitus, 50 —

Humérus, 50 —

Il est complètement macéré ; les téguments flasques présentent, suivant les points, une coloration variable : le gris, le vert, le rouge brique se juxtaposent sans transition. Au niveau du crâne, de la région dorso-lombaire et des extrémités des membres, les téguments ont disparu et les os apparaissent à nu comme si on les avait préparés artificiellement. La paroi abdominale présente à gauche de l'ombilic une solution de continuité arrondie par laquelle sortaient des anses intestinales aplaties. Au niveau de l'ombilic s'implante un ruban putréfié long d'un demi-centimètre. C'est l'insertion fœtale du cordon. Dans la poche, une autre insertion du cordon, longue de 15 centimètres, a été retrouvée sur un cotylédon placentaire.

Les organes intra-thoraciques, le foie, le cerveau sont réduits à des masses informes.

Nous n'avons reconnu chez ce fœtus aucune anomalie de développement.

Autopsie le 28 mars (24 heures après la mort). — L'examen de la cavité abdomino-pelvienne a été fait d'abord sur place, après avoir relevé les quatre lambeaux d'une incision cruciale, lambeaux comprenant les plans musculo-aponévrotiques de la paroi jusqu'au tissu sous-péritonéal, puis par dissection après éviscération totale facilitée par l'écartement des symphyses. Nous avons pu ainsi étudier les rapports, la constitution des parois, la cavité du kyste fœtal ainsi que l'état de l'utérus et des annexes.

Parois du kyste. — D'abord, au-dessous du mésocolon transverse, il ne reste plus trace de cavité péritonéale ; il n'y a que la poche fœtale, de forme irrégulièrement ovoïde, étendue du Douglas

à 5 centimètres au-dessus de l'ombilic. La paroi antérieure est blanchâtre, fibreuse, épaisse de 1 à 2 millimètres, très adhérente et plus épaissie au pourtour de l'ombilic, elle se laisse, au contraire, facilement isoler des plans aponévrotiques et musculaires jusqu'à la symphyse. Au-devant d'elle courent les cordons non perméables de l'ouraque et des artères ombilicales. Cette paroi antérieure est encadrée par les colons ascendants et descendants assez adhérents et par le colon transverse qui est absolument libre. Le kyste n'a contracté aucune adhérence avec son méso; quant à l'épiploon, il est réduit à une bandelette transversale haute de deux travers de doigt, implantée sur le fond du kyste.

Sur le flanc droit, quand on a décollé le colon ascendant, apparaissent toutes les anses de l'intestin grêle agglutinées; le sac n'a pas à ce niveau de paroi propre que l'on puisse séparer de l'intestin. En arrière et à gauche, c'est le mésentère et le péritoine pariétal épaissi qui limitent la poche fœtale.

La portion pelvienne de la cavité fœtale est constituée de la façon suivante : *en avant*, la face postérieure de l'utérus et des ligaments larges; le fond de l'utérus est dévié légèrement vers la gauche; *en arrière*, le rectum; *sur les côtés*, une gangue épaisse, très adhérente à l'aponévrose de l'obturateur et au pyramidal, infiltrée par places de pus verdâtre, très sale et horriblement fétide, dans cette gangue, on peut sculpter les vaisseaux iliaques et l'uretère de chaque côté, croisant en écharpe les parois latérales du kyste fœtal. L'uretère ne présentant aucune dilatation, ni aucune modification macroscopique. Dans cette gangue également, on reconnaît surtout par la face interne, ce qui reste des ovaires et des annexes. Le point le plus déclive de la cavité est le fond du Douglas, à 3 centimètres au-dessous de l'insertion du vagin sur l'utérus.

Enfin, au-devant de l'utérus, embrassée par les ligaments ronds hypertrophiés, se trouve la vessie, elle n'est pas médiane, mais est déjetée vers la gauche; elle remonte très haut à 3 centimètres au-dessus du fond de l'utérus accolée à la paroi antérieure du kyste dont elle se laisse d'ailleurs facilement décoller. Il n'y avait plus par conséquent de culs-de-sac vésico-utérin.

Cavité du kyste fœtal. — La face interne du kyste est tapissée par une épaisse couche putrilagineuse, verdâtre, infecte ; sur la paroi antéro-latérale gauche, sont implantées deux masses irrégulières, épaisses de 2 à 3 centimètres ayant 7 et 5 centimètres comme plus grand diamètre. L'inférieure repose par l'une de ses extrémités sur la partie gauche de l'utérus, et remonte vers la gauche. La supérieure, orientée dans la même direction, est en rapport avec le flanc gauche de la paroi. Ces deux masses sont assez adhérentes, néanmoins on les énuclée sans grande peine, et on constate qu'elles sont constituées par une coque molle, épaisse de 1 à 2 millimètres, renfermant un tissu rougeâtre gorgé de sang sur lequel se détachent de petits fractus filamenteux ; ce sont des cotylédons placentaires. A côté de ces vestiges du placenta, on trouve accolé lâchement à la paroi, un ruban aplati, long de 20 centimètres, c'est une portion du cordon ombilical.

Ovaires et annexes. — Enfin, à droite et à gauche, on trouve ce qui reste des ovaires et des annexes.

I. — *A gauche*, on reconnaît facilement le ligament utéro-ovarien hypertrophié, long de 4 centimètres, puis l'ovaire gauche scléreux, en amande aplatie sans kyste, ni corps jaune, ayant 7 centimètres de long sur 2 cent. 5 de large. Un cordon plein se détache du pôle opposé au ligament ovarien et après 7 centimètres de trajet ascendant, aboutit à un pavillon de trompe absolument normale, et dont l'ouverture regarde l'ovaire. Un stylet introduit dans cette embouchure aboutit après 1 centimètre de trajet, dans la grande cavité fœtale au voisinage du cotylédon placentaire supérieur.

Revenant à la corne utérine, on voit s'en détacher un cordon plein excavé en gouttière et limitant en dehors le cotylédon inférieur.

Il est impossible de retrouver la portion utérine de la trompe soit par l'extérieur, soit par l'intérieur de la cavité utérine.

II. — *A droite*, on reconnaît le ligament utéro-ovarien, un ovaire scléreux plus petit qu'à gauche (3 centimètres de long seulement) et, adjacente à l'ovaire, une poche pleine de pus, du volume d'une noix et dont la surface interne présente, en relief, un réseau assez fin de fibres musculaires, semble-t-il.

Entre cette poche et la corne utérine de petites cavités aréolaires putrilagineuses sont sculptées dans la paroi de la grande cavité foetale. Dans tout cela quelque chose qu'il est impossible de reconnaître ressemble à une trompe.

Les recherches faites en partant de la cavité utérine ont été sans résultat à droite comme à gauche, l'ostium uterinum était oblitéré. Il n'est donc pas possible de déterminer d'une façon certaine le siège de cette grossesse ectopique.

Utérus. — L'utérus était, comme nous l'avons vu, en latéroversion gauche, ne présentait pas de flexion, le col et le corps ayant sensiblement le même axe. La forme est normale : le corps, de forme triangulaire à contours arrondis, n'est pas globuleux ; sa face antérieure et ses bords latéraux séparés de la vessie ont leur aspect normal, abstraction faite de l'enveloppe péritonéale ; la face postérieure toute entière appartient à la cavité foetale et, comme elle, est tomenteuse, verdâtre, putréfiée.

Les dimensions extérieures de cet utérus sont : longueur totale 10 centimètres, dont 6 cent. 5 pour le corps et 4 centimètres pour le col.

Distance entre les cornes utérines : 6 centimètres.

Épaisseur au niveau du fond : 4 centimètres.

La cavité utérine mesure 5 centimètres pour le corps.

— 4 centimètres pour le col.

La paroi utérine a une épaisseur régulière : 2 centimètres au niveau du corps et 1 cent. 5 au niveau du col.

Quelques petits fibromes tout petits font saillie sur la coupe.

Cette cavité ne renferme pas de caduque. Sa forme est normale. Sur le museau de tanche, la muqueuse est rouge, ecchymotique, dans la cavité du col elle est gris-rosé, pâle. Au niveau du corps elle a un aspect un peu grenu. Sa coloration est plus rosée que dans le col et par places se détachent de petites stries rougeâtres. La moitié supérieure de la face postérieure est verte ; déjà putréfiée vers la corne utérine droite un petit fibrome fait saillie, ayant les dimensions d'une lentille.

Viscères. — L'examen macroscopique des viscères n'a permis de faire aucune remarque spéciale. Les poumons sont seulement con-

gestionnés dans leur partie postérieure. Les plèvres ne renferment pas de liquide et présentent quelques adhérences très lâches. Rien à signaler dans le péricarde : Le foie et les reins ne présentent d'autres altérations macroscopiques qu'un certain degré de pâleur. La rate n'est pas grosse, elle est un peu plus molle que normalement. L'intestin ne présente pas d'ulcérations et sa muqueuse a son apparence normale.

OBSERVATION VI

Hématome gravidique tubaire. — Poche tubo-ovarique droite siégeant à 48 millimètres de l'utérus.

Observation clinique. — Mme Marie P . , âgée de 38 ans, a déjà eu 4 grossesses, la dernière il y a 5 ans, et deux avortements de cause inconnue : l'un il y a 8 ans, l'autre il y a 2 ans.

Il y a 7 ans elle aurait eu une affection annexielle, dit-elle, opérée au Havre, ayant donné issue à 1 litre de liquide. Elle ne peut donner d'autres renseignements.

Elle est forte, grande et n'est jamais malade.

Elle est toujours bien réglée.

Ses dernières règles datent du mois de décembre 1897. Elle se croit enceinte.

Le 17 janvier elle ressent de vives douleurs dans le bas-ventre et présente un écoulement leucorrhéique abondant, sentant mauvais, mêlé d'un peu de sang.

Un médecin appelé pense à de la vaginite avec périmétrite. Il conseille le repos au lit et des injections émollientes et antiseptiques. Six jours après elle reprend ses occupations.

Le 28, au milieu de la nuit, elle est éveillée par un écoulement sanguin abondant qui dure deux jours.

Le 17 février, le même médecin la revoit ; il constate qu'elle perd abondamment du sang depuis 8 jours et qu'elle éprouve des coliques utérines. Il trouve un utérus gros s'élevant au-dessus du pubis, un col entr'ouvert, les culs-de-sac très douloureux. Impos-

sible de faire le palper abdominal à cause de la sensibilité du ventre, cependant il arrive à délimiter une tumeur dans la fosse iliaque droite.

Nouvelle métrorrhagie dans les premiers jours de mars.

Dans la nuit du 20 mars, l'enfant de cette dame est atteinte d'une crise de faux-croup. Le médecin est appelé, trouve la mère très effrayée, debout près du lit de son enfant. Tout à coup, il la voit pâlir, s'affaïsser en se plaignant de vives douleurs dans le bas ventre. Il la fait coucher immédiatement. Aussitôt survint un frisson avec claquement de dents ; elle a le facies grippé, le pouls imperceptible, des sueurs froides et de violentes douleurs qui la font s'écrier : « J'accouche ». Chaque douleur provoque des efforts expulsifs. En présence de cet état grave, qui dura 36 heures, le médecin décide la famille à faire venir un chirurgien.

M. Tuffier la voit le 28 mars et décide de l'opérer.

Hystérectomie vaginale : l'utérus puis l'œuf et la trompe sont extraits avec une grande quantité de sang noir et de caillots de date déjà ancienne.

Suites opératoires normales. — La malade se lève le 4 mai, et le 20 du même mois, reprend ses occupations.

Examen des pièces. — 1° *Utérus* : gros ayant comme dimensions 100 millimètres de hauteur sur 54 millimètres de largeur et 40 millimètres d'épaisseur maxima. La cavité utérine mesurée, atteint 85 millimètres. La paroi du corps est épaisse de 2 centimètres, celle du col de 1 cent. $\frac{1}{2}$.

Le tissu utérin blanc, dur, a l'aspect fibreux.

La surface de la cavité utérine est blanche, légèrement tomenteuse avec fines stries sanguines.

2° *Annexes droites.* — C'est d'abord la portion juxta-utérine de la trompe que l'on retrouve sur une largeur de 48 millimètres, distendue. — Elle débouche à plein canal dans une cavité spacieuse, ayant comme dimensions 52 millimètres $\times$ 45 millimètres $\times$ 30 millimètres et renfermant un énorme caillot, adhérent par le quart de sa surface à la paroi tubaire. Ce caillot a toutes les apparences d'un vieux caillot en voie d'organisation. Sa partie centrale

est creusée d'une cavité tapissée par une très fine membrane transparente.

Du pôle externe de cette poche, par un canal long de 13 millimètres, c'est la portion la plus externe de la trompe, aboutissant à un pavillon dont les franges rayonnent sur la paroi interne d'une deuxième poche.

Cette deuxième poche est tubo-ovarique par son siège. — Elle a le volume d'une noix, sa surface intérieure est hérissée. Elle communique par un orifice large avec une troisième poche dont la paroi est constituée par l'ovaire lui-même, poche largement déchirée, qui devait contenir du sang.

Au sein du tissu ovarique, on trouve un corps jaune.

La pièce se compose donc de 4 parties distinctes et séparées par des sillons. — *Une partie centrale*, la plus volumineuse, à surface externe blanche, avec taches rougeâtres, sans adhérences, s'insérant sur une surface assez large, dans le sens de son plus grand axe, sur le ligament large.

A son pôle interne, s'insère la trompe par une large base ellipsoïde de 18 millimètres de diamètre, se portant vers la corne utérine droite qui est située à 48 millimètres.

Au pôle externe, cette tumeur centrale se continue après un étranglement circulaire avec une poche de la grosseur d'une noix dont les parois ont le même aspect qu'elle, moins ecchymotiques cependant.

Enfin, cette petite poche vient s'insérer suivant une circonférence qui correspond à un nouvel étranglement, à une troisième poche largement ouverte ou plutôt déchirée et dont les parois sont constitués par du tissu ovarique. — On voit saillir à la surface de cette coque ovarique, de petits kystes et un corps jaune, qui mesure 11 millimètres sur 4, sur une coupe médiane. — Le bord interne de cette poche s'insère sur le ligament large.

Les quatre portions de la pièce se continuent les unes avec les autres, en formant une sorte de demi cercle. La corde de cet axe, était représentée par la ligne de section du ligament large, lequel, épais, s'insère sur le bord concave de ces diverses poches, depuis l'orifice tubaire, juxta-utérin, jusqu'au bord interne de l'ovaire.

OBSERVATION VII (*in extenso*).

Caduaques expulsées. — Récidive de grossesse ectopique. — Première caduque expulsée en entier 43 jours après la fin des règles (fig. 7). — Deuxième caduque expulsée 38 jours après la fin des dernières règles (fig. 8).

VARNIER. *Compte-rendu de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie*, 5 oct. 1900.

Il s'agit d'une femme de 27 ans, multipare, toujours très régulièrement et bien réglée.

Je la vois pour la première fois en juin 1893, en expulsion, à six mois, d'un enfant mort et macéré. Suites normales.

L'année suivante, je l'accouche (avril 1894) à terme d'une fille vivante qui s'est admirablement élevée; la mère ne l'a pas nourrie. Suites normales.

Je reste cinq ans sans la revoir; en mai 1899 elle vient me demander s'il ne lui reste rien d'une « fausse couche de quelques jours » faite l'automne précédent, à la campagne qu'elle habite maintenant, et où elle s'est assez peu soignée. Les règles étaient depuis lors un peu douloureuses, surtout à droite.

Je trouve l'appareil en bon état et conseille de persévérer.

Mon conseil fut suivi, car le 21 septembre j'étais appelé, à la campagne, à faire le diagnostic d'une grossesse tubaire droite en état de rupture, les dernières règles étant du 7 au 13 août, la première crise douloureuse du 1^{er} septembre (18 jours), et la crise syncopale du 14 septembre (32 jours après la fin des règles).

Et maintenant, voici *in extenso*, annotée par moi, l'autobiographie de ma cliente du 10 juillet au 30 septembre 1899.

1^{re} grossesse ectopique. — Du 10 au 16 juillet, à la date réglementaire, écoulement sanguin, ayant comme quantité et qualité tous les caractères des règles normales.

Le 13 août, se terminent les dernières règles (?) venues le 7 avec un peu d'avance; sang noir.

Jusqu'au 1^{er} septembre, rien à signaler.

Le vendredi 1^{er} septembre (soit 18 jours après le dernier écoulement sanguin et 39 jours après la fin des règles normales de juillet), première crise douloureuse qui oblige à prendre le lit : douleurs de reins et surtout de ventre ; tiraillements à l'hypogastre, au milieu et un peu à droite ; nausées ; pas de vomissements. Rien à noter du côté de la vessie et du rectum. A la suite de la crise, persistance d'un endolorissement, qui oblige à substituer aux souliers à talons des souliers de tennis.

Samedi 2. — Abandon du lit, allées et venues toute la journée pour organiser la chasse du lendemain.

Dimanche 3. — Ouverture de la chasse ; marche toute la journée sans effort, sans fatigue, sans douleurs, avec repos assis dans l'intervalle des battues seulement.

Lundi 4, mardi 5, mercredi 6. — Rien à signaler.

Le jeudi 7 — Sensation de fatigue sans souffrance localisée. Repos au lit, parce que c'est le moment où devraient venir les règles qui déjà retardent. Jusque là aucun soupçon de grossesse. Mais rien ne venant, abandon du lit le vendredi 8 et reprise de la vie ordinaire le samedi 9, c'est-à-dire 50 kilomètres en voiture à deux roues non caoutchoutées, conduisant, sans rien d'anormal.

Dimanche 10. — Chasse ; transport à 6 kilomètres en voiture à quatre roues ; marche de trois heures et demie. Retour. Rien à noter.

Lundi 11. — Mal en train ; pas de douleurs ; debout toute la journée.

Mardi 12. — Bien, repos à la maison.

Mercredi 13. — Bien, course en voiture à deux roues ; rien à noter.

Jeudi 14. — Le matin vers neuf heures, au lever, en essayant d'uriner (ce qui depuis une huitaine de jours est accompagné d'un peu d'appréhension), brusquement, douleur poignante au-dessus du pubis et un peu à droite, comme si un tourne-vis s'enfonçait dans le ventre. Se sent défaillir, a néanmoins la force de regagner son lit et de s'y étendre, puis perd connaissance.

C'est par hasard que la femme de chambre la trouve en cet état, qui peut avoir duré deux ou trois minutes.

On fait respirer des sels ; l'état syncopal s'amende au bout de cinq ou six minutes ; trois vomissements se produisent. La douleur s'atténue spontanément. Il est alors dix heures et demie.

Le reste de la journée se passe au lit sans nouvelle crise, mais le ventre reste très sensible.

Vendredi 15. — Journée calme, passée au lit.

Samedi 16. Se lève, va et vient dans la maison et le jardin.

Dimanche 17. — Se trouve très fatiguée ; se lève néanmoins, mais ne quitte pas la maison, bien que ce soit jour de chasse.

Le soir, avant diner, nouvelle crise très analogue à la précédente (douleur atroce, vomissements, etc.), calmée par le laudanum.

Lundi 18. — Mieux, mais repos au lit.

Mardi 19. — Reprise de la vie ordinaire.

Mercredi 20. — Le matin, nouvelle crise d'une demi-heure, moins violente. C'est alors qu'on se décide à me faire appeler. Je promets ma visite pour le lendemain.

Jeudi 21. — Je vois la malade à quatre heures et demie, encore endolorie de la crise de la veille. A l'examen, par la vue et le palper, masse remontant à 8 centimètres au-dessus du pubis, donnant l'illusion d'un corps utérin gravide de trois mois en forte projection antérieure, mais ne pouvant être délimité avec précision, tant le palper est douloureux. La douleur à la pression est à son maximum sur la ligne médiane, où le moindre effleurement arrache une plainte. Pas de ballonnement ; la réaction péritonéale semble limitée.

Impossible, vu la douleur, de pratiquer un examen sérieux par le toucher. Le col est mou, fermé, non dévié ; rien ne bombe dans les culs-de-sac.

Dès qu'on veut combiner le palper au toucher, cris et défense. La douleur semble à son maximum en arrière du col. Pouls : 100.

La famille est immédiatement prévenue qu'il s'agit probablement d'une grossesse ectopique rompue et que le transfert à Paris s'impose et pour l'établissement d'un diagnostic ferme, et pour être à portée du secours chirurgical qui peut urger avant que nous soyons autorisé à l'imposer. Je demande que la décision soit rapi-

dement prise et qu'en cas de nouvelle crise on appelle sans tarder le médecin du voisinage, soit pour faire une piqûre, soit pour me renseigner sur l'urgence.

A sept heures du soir, nouvelle crise douloureuse, plus violente que les précédentes, avec maux de cœur, lipothymies, cris, sensation d'appui périnéal comme pour accoucher. Pas d'effort d'expulsion, pas de troubles vésicaux. Sensation de boule médiane se contractant et augmentant de volume. Cataplasmes laudanisés. Cela dure deux heures. Le médecin appelé fait une piqûre de morphine qui achève de ramener le calme. La température vaginale est à 38°8. La malade s'endort à 2 heures du matin et ne s'éveille qu'à 8 heures.

Vendredi 22. — Légère détente le matin. Pas de douleurs, même au toucher du médecin, qui cherche une « dilatation du col ». Nausées toute la matinée. Temp. : 38°6.

A trois heures, à ma consultation, visite du mari, qui me déclare que, après la crise de la nuit, le retour est matériellement impossible. J'insiste. A son arrivée à la campagne, il trouve un mieux sensible et se décide, après une visite du médecin qui se range à mon avis, « tout en ne voyant pas bien ce que je crains », à préparer le retour à Paris.

Samedi 23. — Nuit bonne ; journée calme sans aucune douleur. Vessie et rectum fonctionnent normalement. Une voiture d'ambulance est commandée pour arriver le dimanche soir et revenir le lundi avec la malade et son médecin.

Le *dimanche 24*, vers cinq heures du soir, après une journée de grand calme, brusquement, sans douleurs, étant au lit, début de perte, d'abondance moyenne, de coloration raisinée. On me téléphone immédiatement pour me demander s'il faut, « en présence de cette menace caractérisée de fausse couche », revenir quand même. Je recommande de ne pas s'en laisser imposer par les apparences, et même si quelque chose ressemblant à un œuf était expulsé, de bien l'examiner, de le mettre de côté pour m'être présenté et de *revenir quand même*.

A dix heures du soir, le médecin constate qu'il n'y a « aucune ouverture du col », Nuit bonne.

Lundi 25, matin. — Temp. : 37°8. La perte continue, noire, très peu abondante.

Arrivée à Paris à cinq heures un quart. Je la vois à six heures et demie, bien. Je remets tout examen au lendemain. La perte continue ; on me montre tous les cotons tachés depuis le début ; c'est absolument insignifiant.

A huit heures du soir, on me téléphone que « la fausse couche est faite sans douleurs ». Je recommande de mettre de côté le corps du délit pour m'être soumis le lendemain. La perte continue, insignifiante, noire. Injection antiseptique et repos.

Le mardi 26 au matin on me présente ce qui a été expulsé la veille au soir. C'est une caduque en deux morceaux qui sera décrite et figurée plus loin. Temp. : 36°9 ; pouls, 80. Pas de douleurs. Perte insignifiante, plus rouge, ayant fait sur le coton, depuis la veille, une tache large comme cent sous.

La masse perçue et décrite le 21 septembre reste à 6 ou 7 centimètres au-dessus du pubis, toujours très sensible au palper.

Mercredi 27, à 5 heures du matin, nouvelle crise pour laquelle je suis appelé. A mon arrivée, elle est finie ; il y a eu expulsion d'un petit caillot. Temp. : 37°4.

A 11 heures du matin, nouvelle crise durant vingt minutes. Je vois la malade calmée à 6 h. 1/2, accusant seulement des envies de pousser. Au toucher cependant rien de saillant.

Jeudi 28, nuit bonne ; journée bonne. Temp. soir : 38°1 ; pouls : 100.

Consultation avec mon maître Pinard et mon ami Hartmann sur l'opportunité d'une intervention qui est décidée vu la persistance des crises douloureuses, l'élévation tenace du pouls, les oscillations de la température autour de 38°.

L'opération fut pratiquée par Hartmann le 3 octobre.

Il s'agissait bien d'une grossesse tubaire droite rompue avec peu de sang épanché et pas d'enkystement. Les annexes gauches, examinées sur ma demande, furent trouvées absolument saines. Avis en fut donné aux intéressés.

Vous lirez plus loin la description de la pièce faite par mon élève et ami Couvelaire qui s'adonne en ce moment à l'étude anatomique de la grossesse ectopique.

Actuellement, je ne veux mettre en relief que la récidue.

2^e grossesse ectopique. — En mars 1900, la guérison étant complète et parfaite, les règles, qui s'étaient rétablies le 20 novembre 1899 et qui depuis étaient revenues avec une régularité parfaite à intervalles de 20 jours, parurent le 29 et durèrent jusqu'au 4 avril.

Le 25 avril (date où elles devaient revenir) et jours suivants, elles manquent. On pense dès lors au début de la grossesse promise et désirée.

Jusqu'au 4 mai, rien que de très banal ; quelques nausées, envies de dormir, etc.

Le 4 mai, à la promenade, sans douleur localisée, une lipothymie qui décide la patiente à rentrer et à se reposer le reste de la journée.

Le 5 mai (31 jours après la fin des dernières règles), après une nuit et une journée bonnes, elle est prise à minuit, à la fin de la veillée, d'une douleur violente dans la fosse iliaque gauche ; cette douleur, que la pression exaspère, a identiquement les « mêmes caractères que la douleur de l'automne dernier » ; elle s'accompagne de ténésme et d'irradiation dans la cuisse gauche. Toute la nuit elle tient au même point.

Ce que voyant, la malade décide spontanément de rentrer à Paris le dimanche soir 6 mai et me prie de la venir voir le lundi matin 7.

Dans la journée du dimanche 6, la douleur persiste, plus aiguë même le matin, s'irradiant vers le sein gauche et amenant 3 vomissements. Après déjeuner survient un peu de calme dont on profite pour gagner Paris.

En voiture pour gagner la gare distante de 2 kilomètres, en chemin de fer, en fiacre à l'arrivée à Paris, elle se sent si bien qu'elle n'hésite pas à me désobéir : au lieu de prendre le lit en rentrant chez elle, elle va dîner en ville.

Pendant le dîner la douleur repique et devient telle à 9 heures que la malade se voit obligée de se faire ramener chez elle. De 9 heures à 11 h. 1/2 crise douloureuse atroce avec 3 vomissements, calmée vers 5 heures du matin.

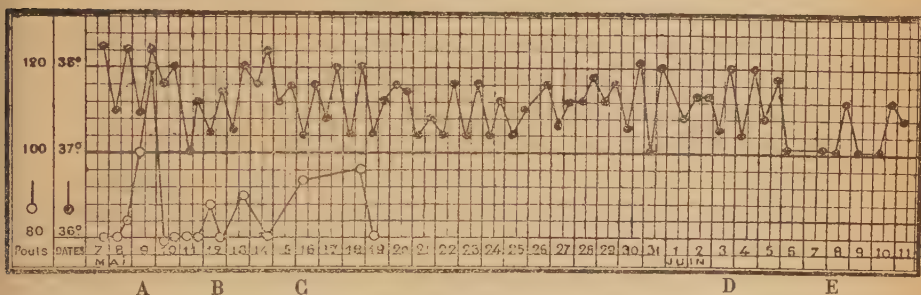
Reprise de 5 h. 1/2 à 7 h. 1/2, suivie d'un peu de calme jusqu'à mon arrivée, vers 9 heures du matin.

J'assiste à ce moment à une petite crise avec 2 essais de vomissement.

L'examen, vu l'extrême sensibilité du ventre, ne peut être fait à fond. Le ventre est plat. On ne sent au palper ni tumeur ni empâtement ; défense musculaire à l'hypogastre avec maximum à gauche, le long du ligament de Poupart.

Au niveau de l'ancienne cicatrice et de l'ancienne fistule, rien.

Au toucher, je me borne à constater : col mou ; pas de saillie ni



A. Début de l'écoulement sanguin noir, 35 jours après les dernières règles. — B. Expulsion de la caduque. — C. Fin de l'écoulement sanguin. — D. Réapparition des règles. — E. Fin des règles.

de douleurs dans les culs-du-sac ; en attirant et repoussant légèrement le col on augmente un peu la douleur de gauche. Pas d'écoulement sanguin.

Pouls : 80 ; Temp. : 38°2.

Je prescriis repos absolu au lit ; glace sur le ventre ; morphine au besoin.

La nuit du 7 au 8 est bonne.

Le 8 mai au matin, Temp. : 37°5 ; pouls : 80. Depuis hier soir apparition d'un écoulement vaginal peu abondant, de coloration café au lait. La journée est marquée par une diminution progressive de la douleur spontanée et à la pression et une tendance à la localisation à gauche. Temp. : 38°2 ; pouls : 84. A pu commencer à s'alimenter un peu.

Le mercredi 9 au matin, Temp. : 37°5 ; Pouls : 100. Le ventre est plus souple et moins douloureux à la pression ; la réaction péritonéale paraît s'atténuer. Dans la journée commence un *écoulement de sang noir peu abondant* (Les dernières règles remontent à trente-cinq jours).

Temp. : 38°2 ; Pouls : 120.

A 9 heures, recrudescence de la douleur à gauche ; elle va *crescendo* toute la nuit et aboutit le 10 au matin à des nausées suivies d'un vomissement. La douleur à gauche est la dominante. Mais il s'y est joint cette nuit et ce matin des douleurs à caractère un peu différent, « comme si l'utérus voulait expulser quelque chose ». Temp. : 37°8 ; Pouls : 76.

L'écoulement de sang noir a continué toute la nuit : ce matin il est un peu plus rouge ; rien n'a été expulsé, ce que je contrôle en examinant tous les cotons.

Je touche doucement pour voir si rien n'a été expulsé dans le vagin car *j'attends une caduque*. Rien. Le toucher n'est pas douloureux ; pas de modifications du col : utérus non abaissé, paraissant mobile, sans douleurs.

En combinant le palper au toucher, sans insister, on ne peut délimiter l'utérus. On note une résistance à 2 travers de doigt au-dessus du pubis gauche, au niveau du point douloureux, et une légère rénitence un peu à droite de la ligne médiane.

Dans le palper et toucher combinés le palper seul à gauche est douloureux. Temp. s. : 38° ; Pouls : 80. Fin de journée calme.

La perte continue légère, sans poussées.

Le 11, sédation très marquée. Continuation de l'écoulement noir peu abondant. Temp. m. : 37 ; pouls : 80 ; temp. s. : 37°5 ; pouls : 80.

Le samedi 12 mai au matin (trente-huit jours après la fin des dernières règles), on me signale que, sans coliques, l'écoulement a été cette nuit plus abondant et plus rouge, mais que « rien n'a été expulsé ».

Or, sur le coton que je me fais présenter, je découvre les deux fragments de caduque dont vous trouverez plus loin la photographie (fig. 8) et la description complète.

Les 13, 14, 15 mai, amélioration progressive. Ce dernier jour, le ventre n'est plus douloureux au palper ni même endolori ; il n'y a que la toux qui réveille un peu de douleur dans la fosse iliaque gauche. L'état gastrique s'améliore. Seule la courbe thermométrique remonte un peu, 38°2, le pouls restant aux environs de 80. L'écoulement sanguin continue, mais de plus en plus faible. L'injection ne ramène aucun débris reconnaissable de caduque.

L'écoulement prend fin le 16 mai (après avoir duré huit jours).

Du 15 mai au 2 juin l'amélioration continue sous l'influence du repos au lit avec glace en permanence, au moins le jour ; la douleur à la toux finit par disparaître. La température, après avoir encore atteint 38° le soir, le 17 et le 18 mai, revient définitivement à la normale.

Ce n'est que le 2 juin, cinquante-neuf jours après la fin des dernières règles, alors que tout semble bien éteint, que je pratique un examen qui ne révèle rien qu'un utérus un peu gros (comme le serait un utérus gravide (*d'un mois et demi environ*) sans tumeur juxtaposée, sans culs-de-sac effacés et douloureux. L'exploration est facile à gauche, moins à droite, où il reste des adhérences. Il semble bien que la grossesse ectopique soit arrêtée et guérie. Je permets la chaise longue.

Pas de réaction après l'examen.

Le 5 juin, 20 jours après la cessation de la perte qui a accompagné l'expulsion de la caduque (deux mois après la fin des dernières règles), réapparition des règles, qui se passent sans encombre. Elles ont été depuis fort régulières.

L'écoulement franc a cessé le 8 ; il ne persiste que quelques gouttes rosées.

Levée et sortie le 15 juin. Depuis lors, tout va bien.

Examen par COUVELAIRE de la trompe gravide extirpée le 3 octobre 1899 et des deux caduques expulsées, l'une le 25 septembre 1899, l'autre le 12 mai 1900. — *Première caduque expulsée.* — Deux grands lambeaux de caduque utérine ont été expulsés.

Lambeau n° 1. — Il a la forme d'un triangle à peu près isocèle.

Sa base a 70 millimètres de longueur; sa hauteur est de 75 millimètres. Les bords du lambeau sont déchiquetés. Son épaisseur, variable suivant les points, ne dépasse pas 2 millimètres. Les deux faces du lambeau, la face libre et la face qui était adhérente, ont des caractères différents. La première est lisse, brillante, finement et assez régulièrement vallonnée; elle présente une multitude de petites dépressions au fond desquelles on voit à l'œil nu l'orifice punctiforme d'une glande utérine. La seconde est mate, irrégulière par places; sa surface rappelle à l'œil et au doigt la sensation des étoffes « pelucheuses ». On distingue encore les nombreux orifices punctiformes correspondant aux tubes glandulaires, mais ils sont souvent moins nettement visibles et à contour moins franc.

Lambeau n° 2. — C'est un sac dont le fond conique représente vraisemblablement le moule d'une corne utérine; le fond du sac, la corne, est un cul-de-sac de 14 millimètres de profondeur. Sa base a 24 millimètres de diamètre. Du pourtour de cette base irradie le lambeau membraneux: 70, 25, 10 millimètres représentent les distances des bords déchiquetés du lambeau à la base du cône. L'aspect macroscopique de ces diverses parties est en tout point semblable à celui du lambeau n° 1. Le cul-de-sac cependant a sa surface moins riche en orifices glandulaires que le reste du lambeau. Enfin la surface extérieure du cul-de-sac correspond à la face libre de la caduque; la surface de revêtement intérieur du cul-de-sac, à la face profonde primitivement adhérente de la caduque. Il y a donc eu, dans le décollement de la caduque, retournement complet, inversion de la membrane décollée.

Examen microscopique. — Il a porté sur la région centrale du lambeau (formol, celloïdine, hématoxyline-éosine).

La surface libre de la caduque a une limite nette légèrement ondulée, fibrillaire. On ne trouve nulle part de revêtement épithélial. La surface profonde est irrégulière, déchiquetée; elle correspond à une déchirure en plein tissu de la caduque.

La caduque est constituée par des cellules déciduales dont le type est constant dans toute l'étendue des coupes. Ce sont des cellules volumineuses polyédriques ou rondes, accolées les unes aux autres.

Le corps cellulaire a une limite fine, mais accusée nettement par les colorants. Le protoplasma est extrêmement clair, peu coloré, presque translucide ; le noyau est rond, bien coloré. A côté de ces cellules polyédriques, on note par endroits quelques cellules fusiformes grêles de petites dimensions, irrégulièrement disséminées. En certains points se surajoutent des amas de cellules rondes. Ces cellules rondes sont surtout abondantes à la face profonde de la caduque, sur la ligne de déchirure.

D'une façon assez discrète, on trouve dans le stroma compact de cette caduque des cavités glandulaires tapissées par un bel épithélium cubique, régulier, disposé en une couche unique ; la lumière de la cavité est libre. Par contre, on rencontre d'assez nombreuses cavités dont le revêtement n'est constitué que par une fine membrane fibrillaire sans cellules épithéliales ; souvent ces cavités renferment des débris cellulaires qui sont vraisemblablement des cellules épithéliales desquamées et dégénérées. Quelques coupes de capillaires légèrement ectasiés, et, sur la ligne de déchirure, quelques coupes de vaisseaux de petit calibre dans la paroi desquels existent des fibres musculaires lisses (petites artérioles), représentent le système vasculaire de cette caduque.

En résumé, la membrane expulsée a la structure de la couche compacte d'une caduque banale.

Les pièces recueillies au cours de la laparotomie comprennent :

Un ovaire ;

Une trompe rompue avec caillot émergeant de la rupture ;

Un sac recouvert de caillots et de fausses membranes représentant la partie ampullaire de la trompe, séparée vraisemblablement dans les manœuvres opératoires.

L'*ovaire* est allongé ; sa surface extérieure porte quelques traces de brisures d'adhérences légères.

Ses dimensions sont : 45 millimètres de grand axe, 25 millimètres de hauteur, 15 millimètres d'épaisseur.

A son pôle externe se trouve un corps jaune, dont les dimensions diamétrales sont de 22 et 17 millimètres. Son centre est creusé d'une petite cavité kystique de 2 millimètres de diamètre. Entre le corps jaune et la surface extérieure du pôle ovarien se trouve un

petit kyste de 7 millimètres de diamètre. Le tissu ovarien est macroscopiquement normal.

La *trompe* rupturée, suivie de la surface de section chirurgicale (région de la corne), jusqu'à la déchirure par laquelle émerge le caillot, s'étend une longueur de 75 millimètres. Dans toute cette étendue elle est perméable. Elle est hypertrophiée, et cette hypertrophie est régulièrement progressive de la région de la corne vers la région de la déchirure. Le diamètre vertical de la trompe s'accroît ainsi de 5 millimètres à 16 millimètres ; il atteint 16 millimètres à 1 centimètre du sac. Cette trompe n'est pas rectiligne, mais légèrement contournée, serpentine sous sa couverture péritonéale qui n'épouse pas exactement ses méandres. Quelques brisures d'adhérences très discrètes sont disséminées sur son revêtement péritonéal qui, pas plus que le ligament large, ne présente d'autre particularité.

Des sections verticales, perpendiculaires à la direction de la trompe, permettent de juger de l'hypertrophie de la trompe. A 5 millimètres de la surface de section chirurgicale (région de la corne), la section verticale a les caractères suivants : un orifice punctiforme apparaissant étoilé à la loupe, est entouré d'une première gaine musculaire blanche et brillante, dont le rayon est de 1 mill. 5. C'est la paroi tubaire proprement dite. Cette gaine est elle-même enveloppée d'une gaine externe sous-péritonéale, blanc-grisâtre, moins dense que l'interne ; son rayon atteint 2 et 3 millimètres.

A 1 centimètre du sac, la coupe montre une cavité agrandie dont les dimensions sont : grand diamètre, 7 millimètres, petit diamètre, 2 millimètres ; la muqueuse avec ses franges hypertrophiées fait une saillie dont la hauteur oscille entre 1 et 2 millimètres. L'épaisseur totale de la trompe est de 16 millimètres.

Le *sac fœtal* situé à 75 millimètres de la section chirurgicale de la trompe, au voisinage de l'utérus, est largement déchiré. Sur le tiers inférieur de la paroi s'insère une masse ovoïde ayant l'aspect d'un caillot greffé sur la paroi tubaire. Ses dimensions sont de 40 millimètres sur 27 millimètres. Une coupe du caillot montre en son centre une petite cavité à surface lisse, ouverte à la surface du caillot, profonde de 12 millimètres. C'est une cavité amniotique.

La troisième partie de la pièce est constituée par un sac vide dont l'ouverture est irrégulière, déchirée. La cavité, profonde de 45 millimètres, a une surface lisse, tapissée par places de lamelles de sang coagulé. Le fond est occupé par un caillot.

La surface extérieure, irrégulière, présente des brisures d'adhérences, un peu d'épiploon adhérent, des fausses membranes, des stratifications de caillot, et, vers le pôle du sac, les franges d'un pavillon tubaire avec un caillot mince émergeant de son embouchure.

L'examen histologique (formol, celloïdine, hématoxyline éosine) a porté : 1° sur la trompe, à 1 centimètre du sac fœtal ; 2° sur le sac.

1° Nous ne reviendrons pas sur les mensurations macroscopiques données plus haut. Les seuls points à signaler sont l'hypertrophie luxuriante des franges tubaires ; elles sont recouvertes par une seule couche d'épithélium cubique ou cylindrique bas. Leur stroma est légèrement hypertrophié et riche en noyaux de cellules conjonctives, sans modifications déciduales.

La cavité de la trompe contient du sang.

La paroi musculaire est hypertrophiée, les vaisseaux sont nombreux, les veines ectasiées. Par places la paroi est infiltrée de cellules rondes, souvent groupées autour de petits vaisseaux. Dans la paroi musculaire, indépendant de la cavité tubaire principale, se trouve sur la coupe un diverticule frangé de la trompe, dont le diamètre atteint 3 millimètres.

La structure de ses franges est en tout semblable à celle de la cavité tubaire principale.

2° Au niveau du sac, l'examen histologique a permis de constater que la surface tubaire d'insertion de l'œuf était extrêmement amincie, surtout conjonctive, infiltrée de sang. Les villosités qui s'y insèrent sont des villosités appartenant à un œuf jeune. Leur revêtement cellulaire est double ; les deux couches cellulaires sont extrêmement bien différenciées. Dans le caillot qui englobe l'œuf, on trouve par places, à côté de ces villosités vivantes, quelques villosités dégénérées, nécrosées.

Deuxième caduque expulsée. — Deux lambeaux ont été expulsés.

Lambeau n° 1. Ses plus grandes dimensions sont 60 millimètres et 20 millimètres.

Lambeau n° 2. Les plus grandes dimensions sont 55 millimètres et 30 millimètres.

L'épaisseur maxima de ces lambeaux est 1 millim. 5. L'aspect est le même que pour la première caduque expulsée, mais le vallonement superficiel de la surface lisse est moins accentué ; les orifices glandulaires sont apparents, mais plus petits, plus à fleur de la muqueuse (voyez-les à la loupe).

Examen microscopique (alcool, celloïdine, hématoxyline-éosine), portant sur l'extrémité du lambeau n° 1. Les coupes ont été faites perpendiculairement à la surface du lambeau.

La surface libre et la surface de déchirure sont en tout point semblables à celles de la première caduque. Il en est de même pour les vaisseaux. Les différences de structure portent sur le stroma cellulaire.

On ne trouve pas les belles grosses cellules claires de la première caduque. Les cellules sont plus petites, de formes très variées, fusiformes, polyédriques, ovales. Leur protoplasma n'est pas très abondant ; il se colore bien. Le noyau est volumineux, en général rond ; il prend vivement le colorant nucléaire. Ces cellules sont plus volumineuses que les cellules du chorion d'une muqueuse utérine normale. Quelques cellules rondes infiltrent par place cette caduque.

Quelques rares cavités glandulaires tapissées par un épithélium cubique, à lumière peu considérable, se rencontrent par places.

Vu :
Le Doyen,
DEBOVE.

Vu :
Le Président de la Thèse,
PINARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.